

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 99

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DIAGNOSTIC DE L'HYDRONÉPHROSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 Avril 1924

PAR

Maurice DORBES

Né à PARLEBOSCQ (Landes) le 22 Septembre 1899

Examineurs de la Thèse

{	MM. CASSAËT, professeur.....	{	Président.
	MOUSSOUS, professeur.....		Juges.
	VERGER, professeur.....		
	PERRENS, agrégé.....		

BORDEAUX

IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES

8, Rue de Cursol, 8

1924

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 99

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DIAGNOSTIC DE L'HYDRONÉPHROSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 Avril 1924

PAR

Maurice DORBES

Né à PARLEBOSCQ (Landes) le 22 Septembre 1899

Examineurs de la Thèse	{	MM. CASSAËT. professeur.....	} <i>Président.</i>	
		MOUSSOUS, professeur.....		
		VERGER, professeur.....		} <i>Juges.</i>
		PERRENS, agrégé.....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRERES
8, Rue de Cursol, 8

1924

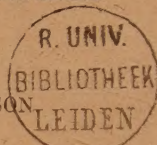
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS :



	MM.
Clinique médicale	VERGER.
id.	CASSAET.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.
id.	VILLAR.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.
Clinique d'accouchements . .	RIVIERE.
Anatomie pathologique et mi- croscopie clinique	SABRAZES.
Anatomie	PICQUE.
Anatomie générale et histolo- gie	G. DUBREUIL.
Physiologie	PACHON.
Hygiène	AUCHE.
Médecine légale et déontolog. Physique biologique et cliniq. d'électricité médicale	LANDE.
Chimie	BERGONIE.
Botanique et matière médicale	CHELLE.
Pharmacie	BEILLE.
Zoologie et parasitologie . . .	DUPOUY.
Médecine expérimentale	MANDOUL.
	FERRE.

	MM.
Clinique ophtalmologique . . .	LAGRANGE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	DENUCE.
Clinique gynécologique	BEGOUIN.
Clinique médicale des mala- dies des enfants	MOUSSOUS.
Chimie biologique et médicale	DENIGES.
Physique pharmaceutique . . .	SIGALAS.
Médecine coloniale et clin. des maladies exotiques	LE DANTEC.
Clinique des maladies cuta- nées et syphilitiques	W. DUBREUILH.
Pathologie externe et chirur- gie opérat. et expérimentale	GUYOT.
Clinique des maladies nerveu- ses et mentales	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngol.	MOURE.
Toxicologie et hygiène appli- quée	BARTHE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.

MM. PRINCETEAU (Anatomie — LABAT (Pharmacie)

CARLES (Thérapeutique et pharmacologie) — PETGES (Vénéréologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie et embryologie	VILLEMIN.
Histologie	LACOSTE.
Physiologie	DELAUNAY.
Anatomie pathologique	MURATET.
Parasitologie et sciences na- turelles	R. SIGALAS.
id.	N.
Physique biologique et médic.	RECHOU.
Chimie biolog. et médicale . . .	N.
Médecine générale	MAURIAC.
id.	LEURET.
id.	DUPERIE.
id.	CREYX.

	MM.
Médecine générale	MICHELEAU.
id.	BONNIN.
Maladies mentales	PERRENS.
Chirurgie générale	ROCHER.
id.	DUVERGEY.
id.	PAPIN.
id.	JEANNENEY.
Obstétrique	PERY.
id.	FAUGERE.
Ophtalmologie	TEULIERES.
Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Pharmacie	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES ET ENSEIGNEMENTS :

	MM.
Clinique dentaire	CAVALIE.
Médecine opératoire	JEANNENEY.
Accouchements	PÉRY.
Ophtalmologie	CARANNES.
Fuériculture	ANDERODIAS.

	MM.
Démonstrations et prépara- tions pharmaceutiques	LABAT.
Chimie	GOLSE.
Pathologie interne	CREYX.
Chimie analytique	N.
Hygiène appliquée	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.

MM. ROCHER.
GOURDON.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle. . .

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dédie ce travail; c'est un faible témoignage de la part de reconnaissance que je leur ai vouée pour les nombreux sacrifices qu'ils se sont imposés en vue de mon avenir.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CASSAET

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Nous sommes heureux, en terminant nos études médicales, d'exprimer à nos parents, à nos Maîtres, à nos amis, les sentiments de profonde reconnaissance que nous avons pour eux.

Nous ne saurions trop remercier M. le Professeur Cassaët. Il a guidé nos premiers pas dans les études médicales; c'est dans son service que nous avons voulu les terminer.

Les nombreuses marques de bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner nous ont fait contracter une dette qu'il nous est doux de reconnaître et qu'il a rendu plus grande encore en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous tenons à exprimer aujourd'hui tous nos remerciements aux Maîtres dont nous avons été l'externe, et qui nous ont toujours témoigné une grande bienveillance :

M. le Professeur Pousson, M. le Docteur Rabère (1920-1921);

M. le Professeur Sabrazès, M. le Professeur Abadie (1921-1922);

M. le Professeur Moure, M. le Docteur Gaignerot (1922-1923);

M. le Professeur Cassaët (1924).

M. le Docteur Oraison nous a inspiré quelques idées générales sur le sujet de notre thèse, et communiqué deux observations inédites. Nous le remercions tout particulièrement pour sa bienveillance.

Nous remercions aussi tous nos autres Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux; nous emportons le meilleur souvenir de nos anciens internes, de nos anciens camarades d'externat; nous leur offrons, ainsi qu'à nos bons amis, notre profonde amitié.

A notre Père et à notre Mère, à nos Grands-Parents, à nos Sœurs, nous adressons enfin ce témoignage de notre très vive affection.

Nous ne pouvons oublier notre Oncle et notre Tante qui demeureront toujours l'objet de notre plus affectueux et reconnaissant souvenir.

M. D.

INTRODUCTION

A l'occasion d'une malade du service (1), notre Maître, le Professeur Cassaët, nous a engagé à étudier les formes anormales que pouvait revêtir l'hydronéphrose dans son aspect clinique.

Nous avons été frappé du nombre considérable d'observations signalées dans la littérature médicale comme ayant donné lieu à des erreurs de diagnostic. Ces erreurs ont été commises malgré l'examen le plus consciencieux et le plus approfondi, et s'expliquent par la nature même et l'évolution de la maladie.

Un grand nombre d'affections abdominales s'installent et se développent jusqu'à la dernière phase de leur évolution, d'une façon particulièrement insidieuse, ne se manifestant au clinicien que par des symptômes vagues, et parfois en apparence contradictoires.

Pour se convaincre du nombre considérable de ces cas, en face desquels notre diagnostic reste en suspens, il suffit d'observer combien fréquemment on doit s'adresser à la laparotomie exploratrice pour déterminer le siège et la nature d'une tumeur.

La difficulté vient aussi du nombre d'organes de fonctions différentes qui voisinent dans cette région et de leur mobilité relative. Leur atteinte donne lieu à des syndromes cliniques d'allure bizarre qu'il sera souvent difficile de rattacher à leur véritable cause.

La tumeur hydronéphrotique est certainement, de toutes ces affections, celle qui mérite le plus, ce reproche.

(1) Leçon de Clinique médicale. Professeur CASSAËT, novembre 1923.

Nous avons pu recueillir un grand nombre de faits; nous les avons classés d'après leur variété d'aspect. Pour chaque catégorie de faits, nous avons reproduit ou résumé les observations qui nous ont paru le plus typiques, attirant l'attention sur les faits principaux. Nous avons signalé un certain nombre de cas où cette affection complique un processus morbide qui seul, attire l'attention du clinicien.

Nous rapportons enfin l'observation de la malade que nous avons eu l'occasion d'étudier. Il ne s'agit pas, comme dans la majorité des cas, d'une hydronéphrose méconnue ou faussement diagnostiquée pour une affection de voisinage; le cas présent nous met en évidence une malade présentant tous les caractères cliniques de l'hydronéphrose, atteinte en réalité d'une affection toute autre retentissant sur le rein, et dont le diagnostic a été porté exact par notre Maître.

Nous avons tenu à limiter notre sujet à l'étude clinique de ces formes obscures d'hydronéphrose. Nous laissons de côté systématiquement, l'étude étiologique et pathogénique de cette affection ainsi que le traitement. Nous nous bornerons à résumer dans un chapitre préliminaire la symptomatologie sur laquelle repose le diagnostic positif de cette affection. Nous aurons l'occasion, au cours de notre étude, de revenir sur le diagnostic différentiel à propos des divers cas envisagés.



ÉTUDE CLINIQUE

« Lorsque l'urine s'accumule lentement dans les reins à la suite d'un obstacle apporté à son passage dans la vessie ou à son expulsion au dehors, soit par un corps étranger, soit par un vice de conformation, il arrive quelquefois que les calices et le bassinnet se dilatent sans que leurs parois s'enflamment sensiblement. Ces collections d'une quantité plus ou moins considérables d'un liquide primitivement urineux, et plus tard d'apparence séreuse, dans le bassinnet les calices distendus ont été désignés sous le nom d'hydropisie du rein, d' « hydronéphrose ».

Telle est la définition de l'hydronéphrose que donne Rayet dans son magistral *Traité des maladies des reins* (1841), où il en fait, le premier, la description.

Il en reconnaît la difficulté du diagnostic et cite à l'appui quelques erreurs, dont nous trouverons plusieurs exemples dans cette étude.

« Dans un cas rapporté dans l'Histoire de l'Académie des Sciences (1732) une tumeur rénale pesant 35 livres, située dans le flanc gauche et l'hypogastre, fut prise pour un utérus. Dans l'exemple rapporté par Johnson, on prit la tumeur formée par le rein pour une hydropisie de l'ovaire et dans le cas rapporté par Howison, la maladie était considérée comme une affection spasmodique de l'intestin. »

F. Walter, Deschambres, Hunninger, Virchow, Brodeur, Labadie-Lagrave, Simon, Morris, Le Dentu, Guyon, Rathery, Castaigne, Perruche, Imbert, Albarran, etc., ont largement contribué à l'étude de l'hydronéphrose.

Nous retiendrons plus particulièrement les traités récents de Legueu, de Marion et l'article de M. Bazy publié dans l'Encyclopédie française d'Urologie.

« L'hydronéphrose, écrit Bazy, n'est pas une maladie; ce n'est pas même une affection morbide : l'hydronéphrose est une lésion; c'est une lésion anatomique déterminée par d'autres lésions ou conditions anatomiques. »

I. — La lésion peut tout d'abord être congénitale et déterminer cette forme d'*hydronéphrose congénitale*, due à une malformation des voies urinaires que l'on rencontre le plus fréquemment. C'est aussi celle qui donne lieu aux erreurs de diagnostic les plus fréquentes de par leur évolution clinique. Elles restent souvent méconnues et n'apparaissent que sur la table d'opération ou à la salle d'autopsie.

Dans cette première catégorie, l'obstacle peut être constitué soit par l'arrêt ou l'anomalie de développement portant sur l'urètre (absence, imperforation, sténose); soit par des anomalies d'abouchement de ce canal; soit, enfin, par des vices de conformation de la vessie ou de l'urèthre.

II. — Une seconde classe est constituée par les *hydronéphroses acquises*. La lésion causale peut alors être une diminution ou une oblitération du calibre de l'urètre déterminées par : toutes les causes de rétention vésicale; une compression exercée par une tumeur, des adhérences, des brides; une lésion de la paroi elle-même (coudure, rétrécissement, tumeur) ou un corps étranger arrêté dans sa migration.

Au point de vue anatomique, l'hydronéphrose est caractérisée par la formation d'une poche pyelique ou pyelorenale suivant que la dilatation porte sur le bassinet seulement ou sur l'urètre. Cette dilatation peut atteindre des proportions considérables, et alors elle retentit sur le parenchyme rénal qui peut être réduit par la distension à une simple coque fibreuse de très faible épaisseur.

Le liquide contenu dans la poche hydronéphrotique contient les éléments de l'urine, mais la concentration de ces

éléments est de plus en plus faible à mesure que la lésion rénale progresse. Nous verrons ultérieurement quelle peut être la valeur de cet examen chimique.

La traduction clinique de l'hydronéphrose peut être très variable. Il convient d'envisager les trois aspects qu'elle revêt le plus habituellement :

1° *Crises douloureuses* attirant d'emblée l'attention : Ce sont de toutes les plus fréquentes. Douleurs-type de pseudo-colique néphrétique (Tuffier) rappelant les douleurs de la lithiasé; leur intensité varie, de la simple pesanteur à la douleur violente irradiée sur le trajet de l'urètre, quelquefois assez vive pour provoquer la syncope; elle s'accompagne parfois d'hématurie et dure en général 3 à 4 jours. Parfois aussi, vomissements, délire.

L'examen clinique montre l'existence d'une tumeur rénale souvent impossible à constater. Lorsque la crise finit, on note souvent une débâcle de polyurie d'origine nerveuse (Legueu) qui fut longtemps attribuée à l'évacuation de la poche.

2° Parfois c'est une *tumeur lombo-abdominale* qui attire l'attention du malade; elle a été souvent précédée de quelques phénomènes douloureux qui n'ont pas inquiété le sujet.

La tumeur est abdomino-lombaire; elle peut être assez importante pour faire relief à la surface de l'abdomen. La *palpation* permet de préciser son *siège* lombaire par le signe du *ballotement rénal*, sa *forme* habituellement lisse, arrondie; son *volume* qui peut être des plus variables, et atteindre de grandes proportions; sa *consistance*, rénitente, fluctuante; son *indolence* presque complète, et cela en l'absence de tout signe fonctionnel urinaire.

La tumeur est mate dans toute sa surface. Au-dessus d'elle, sauf à gauche, il est rare de trouver de l'intestin; d'habitude à droite, la tumeur refoule l'intestin en bas, de telle sorte qu'entre elle et le foie il n'y a pas de sonorité.

A gauche, l'hydronéphrose se développe sous l'anse du

colon et, par conséquent au-dessus d'elle on est autorisé à retrouver une zone de sonorité intestinale.

III. — Il est, enfin des *hydronéphroses latentes*, dont rien ne traduit l'existence; elles sont découvertes par hasard au cours d'un examen complet des voies urinaires, ou ne se manifestent qu'à la suite d'une complication.

Il est aussi à faire une distinction suivant le rythme d'évacuation de la poche hydronéphrotique.

L'*hydronéphrose intermittente* est caractérisée par des alternatives dans la perméabilité de l'urètre, celle-ci étant brusquement supprimée, et se rétablissant ensuite plus ou moins brusquement.

Valeur des différents éléments du diagnostic

Nous n'avons pas à indiquer les avantages immenses d'un diagnostic précoce et précis de l'hydronéphrose; et puisque nous allons insister sur les difficultés très grandes de ce diagnostic, il est bon d'étudier la valeur des éléments que nous fournit la clinique et l'instrumentation pour déceler une lésion qui se manifeste si mal.

Les caractères de la douleur éprouvée par le sujet, ne sont pas essentiels; cette douleur avec ses irradiations, ressemble à la douleur du syndrome rénal. La douleur intermittente n'a de valeur réelle que si elle coïncide avec des variations de volume de la tumeur.

La palpation ne décèle qu'imparfaitement les caractères de la tumeur; le palper n'aurait de valeur absolue que dans le cas d'une grosse tumeur dite « à éclipse »; on se trouverait alors en présence d'une hydronéphrose intermittente.

Le siège de la tumeur peut être un élément de diagnostic. Une tumeur haut située dans l'abdomen, sans symptômes nets, sans altération de l'état général, doit faire songer à l'hydronéphrose. Nous verrons toutefois combien la confusion est facile et combien ce signe est peu précis dans le cas d'une tumeur volumineuse.

D'une façon générale, l'hydronéphrose se présente au clinicien comme une tumeur située aux différents étages de la cavité abdominale, suivant que le bassinet est seul intéressé, ou qu'il y a participation de l'urètre dans sa partie supérieure, ou en totalité. Nous aurons alors à considérer :

L'hydronéphrose haut située, que l'on pourra confondre avec les affections de l'étage supérieur, et en particulier les affections du foie;

L'hydronéphrose moyenne, capable de simuler les syndromes gastriques, pancréatiques ou appendiculaires;

L'hydronéphrose basse qui sera souvent confondue avec les affections des organes génitaux de la femme.

Nous discuterons le diagnostic de ces affections dans le courant de notre étude à l'occasion de chaque cas particulier.

Le ballottement rénal est un signe excellent décrit par Guyon, mais on ne le trouvera pas dans les grosses tumeurs hydronéphrotiques.

La répartition des zones de matité a été l'objet de nombreuses descriptions; mais là aussi nous nous trouvons en présence du déplacement anormal de certains organes, cause de nombreuses erreurs.

La recherche par la *percussion* du *siège rétro-péritonéal* de la tumeur ne pourra donner que des présomptions en faveur de l'hydronéphrose.

L'examen chimique du liquide retiré par ponction pourrait renseigner dans la majorité des cas, sur son origine urinaire. Mais c'est là une pratique à peu près abandonnée pour les dangers qu'elle entraîne. D'autre part, il est des cas où cet examen est négatif.

Il sera dès lors nécessaire de demander à l'exploration instrumentale des renseignements précis.

Nous ne décrirons pas le *cathétérisme urétéral*. C'est une manœuvre qui permet d'étudier le fonctionnement de chaque rein isolément, et dans le cas d'hydronéphrose, l'urine sera différente pour chacun d'eux en qualité et en quantité.

Son rythme d'évacuation ne sera pas le même. Il renseigne également sur l'état des méats, sur le calibre de l'urètre.

Mais il est des cas où il présente des inconvénients, d'autres où il est impossible, par l'intolérance d'une vessie ou d'un urètre enflammés, par l'opacité du milieu, par une coudure de l'urètre qui empêchera l'introduction de la sonde.

La pyélographie, de pratique plus récente, est vraiment la méthode de choix pour confirmer un diagnostic que les examens précédents n'auront pas permis d'affirmer. Grâce au cathétérisme urétéral on introduit jusqu'aux calices des liquides opaques aux rayons X. Ces liquides moulent les contours, pénètrent dans les interstices, distendent les parties extensibles. Ils projettent sur les radiogrammes des ombres qui, en définitive, reproduisent exactement la coupe des parties infectées.

La pyélographie nous paraît devoir apporter au diagnostic de l'hydronéphrose un appoint considérable. Elle permet une précision plus rigoureuse dans l'appréciation des rétentions rénales; elle permet d'obtenir des notions plus exactes sur le volume, le siège, la forme de la collection et il en découle naturellement des indications précieuses pour la thérapeutique. Mais elle n'est pas exempte de dangers.

C'est un procédé qui ne peut servir qu'au spécialiste. Par sa pratique délicate et difficile, par son instrumentation spéciale, il ne saurait être utilement appliqué que par des praticiens expérimentés dans cette recherche.

« C'est surtout au diagnostic clinique qu'il faut s'en rapporter et n'employer qu'avec circonspection les instruments, écrit Bazy; il faut surtout s'efforcer de développer le diagnostic que j'appellerai clinique, celui qu'on peut faire par les moyens ordinaires et habituels; il ne faut pas baser le diagnostic sur l'emploi d'un instrument, parce que le jour où l'emploi de cet instrument est impossible, le diagnostic le serait aussi. L'emploi des instruments ne doit être le plus souvent qu'un moyen de contrôle. »

Formes Atypiques de l'Hydronéphrose

Hydronéphrose et Affections Rénales ou Para-Rénales

Par leur siège dans la région lombo-abdominale, par leur évolution et leurs signes cliniques, par leurs caractères même, les tumeurs rénales seront maintes fois confondues avec l'Hydronéphrose.

Le Diagnostic des tumeurs rénales a été particulièrement bien étudié par Albarran et Imbert; avec eux, nous distinguerons les tumeurs du parenchyme rénal, les kystes du rein, et les tumeurs pararénales.

Une tumeur solide du rein pourra donner au palper les mêmes sensations qu'une tumeur liquide, en imposer pour une Hydronéphrose; inversement, on portera le diagnostic de néoplasme sur des signes évidents de tumeur avec hématurie et l'on ne songera pas à l'H.

OBSERVATION I.

(MOURE ET THOUVENIN, *Société Anatomique de Paris*, 1914-19).

M. H., 6 ans; entre à l'hôpital avec le diagnostic de sarcome du rein. L'examen montre une volumineuse masse remplissant tout le flanc gauche, « tumeur rénale » à forme très régulière, arrondie, mobile; elle est de consistance égale, tendue, résistante, de dimensions énormes, indolore, n'entraînant aucun symptôme objectif. Le diagnostic porté est celui de *tumeur para-rénale, vraisemblablement sarcome*. Opération. L'examen de la pièce a mon-

tré qu'on se trouvait en présence d'une poche kystique communiquant avec le bassinét, développée non pas aux dépens du rein, mais en arrière de celui-ci. Les auteurs rejettent l'idée d'un kyste para ou péri-néphrétique, pour s'attacher à l'opinion d'une *Hydronéphrose dans un diverticule du bassinét*.

OBSERVATION II. — M. CHATOU, rapporte à la Société Française d'Urologie (1921) entre autres observations, celle d'un jeune malade de 10 ans 1/2 présentant une volumineuse tumeur de l'hypochondre gauche, tumeur dure, du volume d'une tête d'enfant, non mobile, présentant le contact lombaire. Aucun passé urinaire. On pose le diagnostic de *sarcome du rein*. Opération. Présence d'une *hydronéphrose* sur un rein unique.

Mais comme principale cause de confusion, nous signalerons le *néoplasme rénal*. Ce dernier est par excellence l'affection rénale hémorragique, nous retrouvons avec ce même symptôme parfois très accusé plusieurs cas d'*hydronéphrose*.

Mitsikindès (*Journal Urologie*, 1922), rapporte cinq observations caractéristiques d'*hydronéphrose* ayant donné lieu à de graves hématuries; leurs caractères étaient ceux des hématuries néplasiques: abondance, persistance, spontanéité, intermittence. Albarran rapporte à son tour 12 observations d'*hydronéphrose* hématurique sans néoplasme.

Les recherches expérimentales de Guyon et Albarran ont montré que la rétention rénale détermine une congestion qui peut aller jusqu'à l'hémorragie. Le liquide hydronéphrotique est du reste, fréquemment hématurique.

Si l'on ajoute qu'un néoplasme peut évoluer sur un rein hydronéphrotique, on comprendra que le diagnostic est des plus difficiles. (De Berne-Lagarde, *Journal Urologie*, 1919. *Cancer du rein et Hydronéphrose*).

En présence de semblables hématuries, seuls des examens complets et méticuleux peuvent faire reconnaître la véritable origine du mal. La pyélographie elle-même est capable

d'induire en erreur s'il existait des caillots dans le bassinnet ; ces caillots modifiant la forme du bassinnet pourraient faire penser à des tumeurs pyéliques comme cela a eu lieu dans un cas de M. Heitz-Boyer et de M. François. (*Journal Urologie*, 1921).

Le grands kystes séreux du rein sont remarquables par leur évolution silencieuse, sans aucun signe précis en dehors de la constatation même de la tumeur. Les malades se plaignent parfois de douleurs plus ou moins vives dans la région lombaire, de pollakiurie, d'hématurie, mais la tuméfaction abdominale peut demeurer la seule manifestation objective. De volume variable, elle peut être franchement fluctuante ou renitente ; sa mobilité a été constatée, et cette dernière porte à faire le diagnostic d'hydronéphrose dans un rein mobile. Le diagnostic entre ces deux affections serait souvent impossible sans le secours des méthodes d'exploration urétérale.

Le rein polykystique présente aussi les caractères généraux des tumeurs du rein : tumeurs rénale, hématurie, douleurs lombaires ; les auteurs s'accordent à reconnaître que son diagnostic est des plus difficiles. Un caractère cependant est reconnu essentiel : la *bilatéralité* de la lésion ; il ne prévaudra pas contre les hydronéphroses doubles congénitales.

Nous en rapportons ici une observation due à l'obligeance de M. le Docteur Oraison.

OBSERVATION III.

Mlle B., 28 ans, Employée de magasin.

La malade vient consulter parce que, depuis quelques jours, elle est un peu gênée par une tumeur située dans le flanc gauche et qui a grossi sensiblement.

Elle raconte que, depuis sa plus tendre enfance, elle a constaté l'existence d'une tumeur non douloureuse, de volume variable suivant les jours, située tantôt à gauche, tantôt à droite, sous

les fausses côtes ou dans la fosse iliaque gauche, par conséquent extrêmement mobile.

A l'examen, on retrouvait les caractères accusés par la malade. La tumeur était allongée verticalement; elle était grossièrement lobulée et d'une mobilité extrême, sans la moindre sensibilité, d'ailleurs. Jamais le moindre symptôme urinaire. Urines très claires, ne contenant pas d'albumine.

Le cathétérisme des uretères montrait une concentration inférieure de 2 Grs. à gauche (17 Grs. à droite, 15 Grs. à droite). Par ailleurs, tout était normal.

Examinée par trois chirurgiens, dont deux Urologistes, cette tumeur fut diagnostiquée : *Hydronéphrose silencieuse dans un rein mobile, hypertrophie de la Rate, Kyste du Mésentère.*

A l'opération pratiquée par laparotomie médiane, il s'agissait d'un rein polykystique.

Les tumeurs pararénales qui ne sauraient constituer un groupe bien homogène quant à leur point de départ, leur nature, leur localisation, atteignant un volume parfois considérable, pourront aussi être l'objet d'une confusion avec l'H. Leur début est généralement insidieux, leur aspect clinique, vague et imprécis; elles peuvent entraîner des symptômes de compression; nous ne saurions les différencier que par le cathétérisme urétéral.

Nous ne saurions passer sous silence la *pseudo-hydronéphrose traumatique*. Nous entendons par là une collection d'un liquide d'origine urinaire développé à l'occasion d'un traumatisme et à la faveur d'une déchirure du rein, du bassinnet ou de l'uretère dans le tissu cellulo-adipeux environnant. (Duval et Grégoire. Congrès d'Urologie 1906). Albaran pense que dans un grand nombre de cas étiquetés comme hydronéphrose, il s'agit non pas d'une collection remplissant le bassinnet, mais bien d'un épanchement d'urine collectée en dehors du bassinnet et de l'uretère, d'une péri-néphrose. »

Mais outre les circonstances étiologiques, nous avons ici une tuméfaction volumineuse, irrégulière, faisant corps

avec la fosse lombaire, débordant la ligne médiane, et s'étendant dans le sens vertical du rebord des fosses côtes jusque dans la fosse iliaque.

Signalons encore l'erreur possible avec la tuberculose rénale, certaines formes de néphrites, de congestion rénale.

L'observation originale que nous publions montre la confusion avec un rein cyanotique.

La colique néphrétique sera prise parfois pour la douleur de l'hydronéphrose. La coïncidence de la crise avec l'apparition d'une tumeur, la cessation de la douleur avec sa disparition, permettront de faire le diagnostic avec l'H. intermittente.

Les autres affections aiguës du rein, la pyonéphrose, seront plus facilement reconnues, par leurs caractères propres et par la détermination d'une température élevée.

Hydronéphrose et kyste hydatique du foie

OBSERVATION IV.

(In Thèse MAIRE, *Lyon*, 1909-10).

B. B. 38 ans... L'affection qui nous occupe, paraît avoir débuté il y a deux mois environ, par une douleur violente, qui dura 2 jours et céda à la révulsion locale. Elle était exactement située au-dessous de la XII^e côte, sur la ligne axillaire antérieure, dans le sinus costo-iliaque, et ne s'accompagna jamais d'irradiations douloureuses à l'épaule. A la suite de cette crise, l'hypochondre resta toujours sensible. Pendant 15 jours, le malade eut une constipation persistante et des troubles digestifs vagues. Il ne se souvient pas d'avoir remarqué à aucun moment, une modification quelconque de ses urines. Il y a trois semaines, il constata pour la première fois, à droite de la ligne médiane, une petite tumeur du volume d'une noix. Ce volume variait d'une semaine à l'autre, tout en augmentant dans son allure générale, jusqu'à l'époque de l'entrée à l'hôpital. Jamais le malade n'eut

d'urticaire, jamais de purit ou d'épistaxis, aucun phénomène pouvant faire penser à une tumeur hépatique maligne.

L'examen de la région révèle la présence d'une tumeur du volume d'une grosse mandarine, renitente, située de l'hypochondre droit vers la ligne médiane. Elle paraît collée contre la face inférieure du foie, en rapport intime avec cette glande. Le malade dit souffrir seulement depuis deux mois. Le diagnostic résultant de l'examen clinique est celui de *kyste hydatique du foie*.

Laparatomie: à l'ouverture de l'abdomen, le kyste est situé entre le foie et le colon transverse, et recouvert par plusieurs feuillets péritonéaux. Sa situation paraît profonde; la ponction laisse écouler un liquide chocolat. La tumeur est rétro-péritonéale; son contenu est hématique; elle se trouve au voisinage de la tête du pancréas, on a l'impression qu'il s'agit d'un kyste du pancréas; on fait une simple marsupialisation de la poche.

Trois mois plus tard, le malade revient à l'hôpital pour faire curer la fistule qui n'a pas cessé de sécréter. Le liquide qui s'en écoule est séro-purulent, à odeur urineuse nette, d'où la probabilité d'une hydronéphrose infectée. Le liquide examiné renferme 5 gr. d'urée par litre: Il s'agit bien d'urine.

L'examen de la pièce après intervention, confirme le diagnostic.

OBSERVATION V

(In Thèse MAIRE, *Lyon*, 1909-10)

Hydronéphrose prise pour un Kyste hydatique du foie et opérée comme tel.

OBSERVATION VI.

Docteur WRIGHT et docteur JUDSON BURY.

(*Manchester Royal Infirmary*; « *Lancet* », *London*, 1899)

Un cas d'hydronéphrose prise pour un kyste hydatique du foie.

H... 36 ans. Eût il y a deux mois, un accès douloureux avec vomissements, se renouvelant depuis lors, presque chaque jour.

Après le repas, survenaient des douleurs épigastriques et, deux heures après, des vomissements. Le liquide était quelquefois clair, généralement épais et pultacé. Visiblement, les matières vomies ne semblaient pas contenir de sang et n'avaient pas la couleur marc de café. En trois mois, le malade avait maigri de 9 kilos.

A l'examen. L'hypochondre droit était très saillant, de même que la région lombaire. La tumeur s'étendait de la crête iliaque en bas, à la région lombaire en arrière, au foie en haut, à la ligne médiane en dedans. *Le bord antérieur du foie passait au-dessus de tumeur et descendait au-devant d'elle, pendant l'inspiration.* La totalité de la tumeur était mate à la percussion. L'estomac paraissait fort dilaté. Les urines étaient acides, et leur densité spécifique était de 1050. Elles contenaient un peu d'albumine, pas de sucre, pas de traces de sang et quelques polynucléaires. Le malade n'avait pas de coliques rénales. La température était normale.

On fit le diagnostic de *kyste hydatique du foie*. A l'intervention, extériorisation de la tumeur, ponction et évacuation d'un liquide clair, jaune et sans odeur mineuse, drainage.

L'Autopsie montra un estomac dilaté avec un ulcère du pylore. L'intestin grêle est placé en arrière de lui. Le rein gauche congestionné présente les caractères habituels de l'hypertrophie compensatrice. Le rein droit est atrophié, kystique, avec bassinets très dilatés, présentant une cavité irrégulière, *hydronéphrose*.

OBSERVATION VII.

(GORSE ET LEVRAT, *Ann. des Mal. des voies génito-urinaires*, 1906).

H... 29 ans. A vu son ventre augmenter de volume quelques mois avant son entrée à l'hôpital, en même temps qu'il a maigri et perdu ses forces.

A l'examen, l'abdomen est volumineux et fait saillie en avant.

Le ventre est surtout étalé à droite. Au palper on trouve une tumeur fluctuante, située à droite de la ligne médiane, le côté gauche est mou sans masse indurées. Le bord inférieur du foie ne dépasse pas les fausses côtes. La tumeur est sous-jacente au foie, l'estomac est normal. La matité occupe tout l'hypochondre

Pas d'ascite ni de réaction pleurale. Examen des urines négatif.

droit et toute la fosse iliaque, ainsi que la région lombaire où l'on perçoit un peu de fluctuation. Rien aux autres organes. Le malade n'a jamais eu de phénomènes gastriques ni hépatiques, il n'a jamais eu de coliques néphrétiques, jamais de troubles urinaires et ses urines sont d'aspect et de composition normales. On pensa à un *kyste hydatique du foie*. L'intervention montra l'existence d'une hydronéphrose volumineuse.

OBSERVATION VIII. — E. BERARD ET CH. DUNET

(*Journal d'Urologie* 1921)

M..., 63 ans, boucher ; en août 1917, en faisant des efforts pour déplacer un poids, le malade ressentit de très violentes douleurs généralisées à tout l'abdomen. Etat lipothymique ; le malade est vu rapidement par un chirurgien qui fit une laparotomie sous-ombilicale. Nous n'avons aucun renseignement à ce point de vue, mais le malade sait qu'on lui a trouvé l'abdomen plein de liquide ; il parle de rupture intestinale (?). Guérison en 40 jours. L'état de l'opéré est excellent jusqu'en février 1919. A cette époque, le malade s'aperçut que son ventre grossissait surtout du côté droit, tandis qu'apparaissait, au cours des périodes digestives, un point douloureux sous-costal, au niveau du point cystique.

L'appétit est conservé, pas de constipation. Pas de coliques, pas d'ictère. Pas d'œdème des membres inférieurs.

A l'examen, on constate : une volumineuse tumeur occupant une grande partie de l'abdomen, pointant légèrement en avant, de forme ovalaire, régulière, non lobée, rénitente.

Cette tumeur est mobile sur les flancs profonds et mate ; la matité fait corps avec celle du foie.

Fait caractéristique : on trouve sur toute l'étendue de la tumeur un *frémissement hydatique des plus typiques*.

Au cours des changements de position, la tumeur se mobilise, et occupe successivement les côtés droit et gauche de l'abdomen, mais en gardant son point d'attache au niveau de la fosse sous-hépatique.

Examen du sang : pas d'éosinophilie.

Le diagnostic de *kyste hydatique du foie* est porté surtout à cause des signes physiques et l'absence de signes fonctionnels.

L'intervention démontre la présence d'une grosse poche hydronéphrotique.

On peut se rendre compte par les observations précitées, combien l'analogie clinique peut être complète entre ces deux affections. Certaines grosses hydronéphroses, évoluant sans aucun signe urinaire, peuvent par suite d'un mouvement de bascule du rein, se développer en avant sous le foie; la matité de la tumeur se confond alors avec celle du foie, pouvant faire croire à une simple hépatoptose; il peut arriver même que le liquide ponctionné étant absolument clair, soit pris pour du liquide kystique.

Nous avons souligné dans l'observation de Wright et J. Bury « Le bord antérieur du foie passait au-dessus de la tumeur et descendait au-devant d'elle pendant l'inspiration » C'est là, nous semble-t-il, un signe d'indépendance de la masse hépatique propre à attirer l'attention.

D'autre part, nous avons vu dans l'observation de Bernard et Dunet que les auteurs ont recherché et nettement ressenti le *Frémissement hydatique*. « Dans notre cas, disent-ils, ce signe était si net, qu'associé au fait que la tumeur semblait faire corps avec le foie, il pouvait égarer le diagnostic ».

Découvert en 1801 par Blatin, ce frémissement fut d'abord expliqué par le choc des vésicules hydatiques. Mais après quelques expériences, Davaine pensa que le frémissement était du *aux vibrations ondulatoires d'un liquide enfermé dans une paroi souple et élastique*. Second le signale dans un kyste banal du ligament large; d'autres auteurs le trouvent dans le kyste de l'ovaire, l'ascite, etc...

Nous concluons avec B. et D. que le frémissement hydatique ne peut pas être un signe pathognomonique du kyste hydatique du foie; il permet d'affirmer un seul fait anatomique, la présence d'un liquide au sein d'une cavité kystique sans rien préjuger de ses origines.

Hydronéphrose à syndrome d'hydropisie vésiculaire ou de coliques hépathiques.

La lithiase biliaire est l'affection de voisinage qui se rapproche le plus souvent du syndrome hydronéphrotique. On sait combien le diagnostic est délicat entre les crises de coliques hépatiques et celles de coliques néphrétiques. Nous n'insisterons pas beaucoup pour rappeler que les caractères de la douleur sont analogues dans le cas de l'Hydronéphrose, avec irradiations diverses; et l'on conçoit facilement que de nombreuses erreurs se soient produites dans les cas d'hydronéphrose à petite dilatation ne se traduisant à l'examen objectif par aucune tumeur, et dont la symptomatologie urinaire est fruste.

D'autre part, il n'est pas rare que la vésicule biliaire se distende, jusqu'à présenter le volume du poing. Les auteurs rapportent même des exemples de vésicules contenant plusieurs litres de liquide, et descendant jusqu'à la crête iliaque. Dans un cas de Benson, l'hydropisie vésiculaire fut prise pour une ascite et fonctionnée comme telle.

D'autre part, le rein déplacé peut se rapprocher de la paroi abdominale antérieure et du bord antérieur du foie. Une hydronéphrose développée sur un rein ainsi déplacé pourra simuler à première vue une hydropisie de la vésicule biliaire.

Enfin, il existe une forme décrite par Castaigne dans son précis des *Maladies du foie et des voies biliaires* sous le nom d'*Hydropisie intermittente de la vésicule biliaire*; cette forme clinique donnant lieu à la formation d'une tumeur qui tantôt apparaît et tantôt disparaît de la cavité abdominale, peut, si elle n'est pas accompagnée d'autres signes caractéristiques, induire en erreur et faire penser à cette forme d'Hydronéphrose intermittente que nous avons décrite.

OBSERVATION IX.

(HANOT, *Bulletin Médical*, 1895).

B. F..., 30 ans. Pas d'antécédents. A l'âge de 22 ans, a eu une crise douloureuse qui semble avoir été une colique hépatique, caractérisée par une vive douleur dans la région du foie, des vomissements, et une ictère qui dure 8 mois. Nouvelle crise après 9 mois, mais sans ictère. Depuis, la malade a des crises douloureuses tous les 3 mois environ, s'accompagnant d'un *léger mouvement fébrile*, persistant 2 à 3 jours après la disparition de la douleur. Pendant les crises, mictions fréquentes, mais peu abondantes; après disparition de la douleur, urines abondantes, troubles légèrement rougeâtres.

Etant donné le diagnostic de *lithiase biliaire*, le malade suit une cure à Vichy pendant 5 années, sans amélioration.

Deux jours avant d'entrer à l'hôpital, nouvelle crise très violente avec fièvre, douleur dans la région hépatique, et vomissements abondants d'un liquide jaune, bilieux.

Examen de la malade. Pas d'ictère, langue blanche, humide, selles molles, fétides, non décolorées. L'abdomen présente une légère tuméfaction de presque tout l'hypochondre droit. La région tuméfiée est mate et sa matité se confond avec celle du foie; en bas elle s'arrête à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La palpation est très douloureuse et ne permet pas d'apprécier nettement l'état des organes sous-jacents. Fluctuation manifeste. L'examen du cœur et de l'appareil urinaire ne révèle rien de spécial. Il en est de même du toucher vaginal.

Température matinale, 38°; urines peu abondantes, très colorées, chargées de sels, mais ne renfermant ni albumine, ni sucre, ni urobiline.

Une ponction de la tumeur ramène 300 gr. d'un liquide de couleur urineuse, trouble, à dépôt abondant, contenant de l'albumine et de l'urée (6 gr. 40 par litre), mais ni sucre ni pigments. L'examen microscopique révèle la présence d'hématies et de cylindres rénaux caractéristiques.

Il s'agissait donc évidemment d'une hydronéphrose. L'histoire clinique de la maladie avait d'abord fait songer à une vésicule biliaire distendue avec crises de coliques hépatiques. Seulement l'examen chimique et microscopique du liquide ponctionné ont permis de poser le diagnostic. Si le liquide était venu d'une vésicule distendue, il eut pu être incolore (acholie pigmentaire) mais il n'eut pas contenu 6 p. 1,000 d'urée. De tous les liquides organiques, seule l'urée peut en contenir au-delà de 5 p. 1,000. On n'y aurait pas trouvé de cylindres rénaux. Par contre, l'analyse chimique y aurait décelé la présence d'acides biliaires.

OBSERVATION X.

(TUFFIER, *Presse Médicale*, 1904).

F..., 44 ans, entre pour des accidents douloureux et intermittents de la région lombo-iliaque droite remontant à cinq ans. Première crise au cours d'une grippe, sous forme de point de côté siégeant sous le rebord costal droit. On l'attribua à une phlegmasie pulmonaire. Six mois après, nouvelle crise douloureuse avec irradiation à l'aîne et à la cuisse, et même au bras droit. Etat nauséux suivi de vomissements biliaires muqueux peu abondants.

Aucun trouble spécial du côté de ses urines.

Un an après, nouvelle crise accompagnée d'ictère et de décoloration des matières stercorales, et après une longue accalmie, reprise des accès douloureux qui se renouvellent tous les 10-15 jours, sans phénomènes biliaires cependant.

A l'examen : Tout le côté droit est douloureux avec défense de la paroi. La matité hépatique ne dépasse pas le rebord des fausses côtes. La palpation bimanuelle donne la sensation d'un empâtement profond sans mobilité qui rappelle le ballonnement.

Le diagnostic, dans ce cas, devait être celui de coliques hépatiques, car l'ictère qui suivit une des crises semblait bien être la signature clinique de la lésion. L'examen des urines ne révélait

la présence d'aucune substance anormale en quantité ou en qualité.

La gravité progressivement croissante des accidents et l'inefficacité des traitements médicaux depuis trois mois décident à une intervention.

Laparatomie. Pas de traces de calcul dans la vésicule biliaire. A la face antérieure du rein, au niveau de l'échancrure ilio-lombaire, on constate une tuméfaction lisse, fluctuante, qui est le bassinnet distendu, auquel est annexé un rein flasque, allongé, aminci. L'urètre aborde le bassinnet à angle très aigu et partant ne peut assurer son évacuation complète.

Il s'agissait donc d'une hydronéphrose.

Hydronéphrose et Kyste du Pancréas

Cette affection donne le change plus que partout ailleurs, et le diagnostic est extrêmement délicat. Pour peu que la symptomatologie de l'une ou de l'autre affection revête un aspect douteux, l'erreur est fatale. Dans l'observation (XI) qui va suivre, on peut remarquer que l'ictère seul, ictère progressif, foncé, avec décoloration des selles, sans autre signe, sans changement d'aspect d'urines, devait faire songer à une affection parabiliaire.

Dans l'observation Durand - Gauthier, le diagnostic est resté douteux, même à l'intervention, tant la tumeur peut présenter de connexions intimes avec le pancréas; l'examen histologique seul est alors capable de résoudre le problème si l'on n'a fait qu'une intervention conservatrice.

OBSERVATION XI.

(VILLARD ET THÉVENET, *Lyon Médical* 1909).

Hydronéphrose calculuse s'accompagnant d'ictère par compression et simulant une tumeur du pancréas.

F..., 50 ans. Pas d'antécédents. L'affection actuelle remonte à trois mois et demi environ. Au début, surviennent des douleurs sourdes, surtout vers la fin de la journée; le malade les attribuait à la fatigue. Ces douleurs siégeaient à la région lombaire droite,

s'irradiant en avant vers le rebord des fausses côtes, et en arrière vers l'épaule droite. Jamais elles n'eurent le caractère lancinant. Pas de troubles urinaires. Les douleurs lombaires augmentent plus tard et, il y a trois semaines, de l'ictère apparut qui s'est accentué progressivement. Pendant deux jours, les selles ont été décolorées; le malade n'avait jamais eu de troubles digestifs ni d'antécédents lithiasiques.

A l'examen, on est frappé par l'ictère qui est généralisé et très foncé. L'abdomen est volumineux; on y perçoit une tumeur rénitente occupant la fosse iliaque droite, s'étendant jusqu'à la ligne médiane et débordant à gauche; cette masse est un peu mobile; elle se déplace avec les mouvements respiratoires et est entourée de tous côtés par une zone de sonorité intestinale. Le toucher vaginal est négatif; le foie ne semble pas atteint.

Le diagnostic est hésitant: on pense à une *tumeur du pancréas*, étant donné l'ictère progressif et indolent, avec quelques réserves pour une tumeur du rein.

A l'opération, on trouve une tumeur rétropéritoniale bas-située; après l'avoir vidée, on voit en bas de la masse un peu de parenchyme rénal, signature de l'hydronéphrose. L'exploration du cholédoque ne révèle aucun calcul.

L'examen de la pièce montra une hydronéphrose complète avec atrophie du parenchyme rénal.

Pour le docteur Villard, on se trouvait en présence d'un cas très rare d'hydronéphrose comprimant le cholédoque.

Tout simulait un kyste du pancréas: le siège médian de la tumeur, sa direction transversale, la zone de sonorité en avant et l'ictère.

OBSERVATION XII.

(MM. DURAND ET GAUTHIER, *Lyon Médical* 1904).

P..., 60 ans, vient pour douleurs dans le flanc gauche survenues depuis quelques mois seulement. On remarque à ce moment la formation d'une tumeur dans la moitié gauche de l'épigastre.

A l'entrée, on se trouve en présence d'une malade affaiblie,

dont l'état général est médiocre. Pas de fièvre. L'attention se concentre toute entière sur une tumeur de l'hypochondre gauche empiétant sur l'épigastre. Elle est située sur une ligne horizontale passant par l'ombilic, elle est du volume des deux poings réunis, sa forme est arrondie; elle bombe fortement en avant au point d'être perçue à la simple inspection. La masse est immobile, mate à la percussion et complètement entourée par des zones sonores; cette particularité est même plus nette encore quand on a insufflé l'estomac et le colon. Il apparaît alors nettement que la tumeur est située entre l'estomac, qui est en haut, et le colon transverse, qui est en bas. Sa consistance est nettement liquide: il s'agit kyste très tendu et peu douloureux à la pression.

Etant donnés tous ces caractères, vu surtout la fixité profonde de la tumeur, et sa situation entre l'estomac et le colon, on fait le diagnostic ferme de *kyste de la queue du pancréas*.

Laparatomie. Le kyste est ouvert; il s'en échappe un litre et demi d'un liquide eau de roche dont les dernières gouttes sont un peu muçilagineuses. Marsupialisation. Le diagnostic porté paraît confirmé. Il fut impossible de faire l'identification du liquide recueilli.

Fistulisation et écoulement d'une grande quantité de liquide sans caractère urinaire.

Deuxième intervention: Ablation de la tumeur ayant contracté de nombreuses adhérences difficilement clivables.

L'examen histologique de la pièce seul permet d'affirmer manifestement une hydronéphrose.

OBSERVATION XIII.

(JEANNEL ET MAUREL, *Ann. des Mal. des voies gén.-ur.*, 1907).

L. J..., 29 ans, sans antécédents. A vu son ventre grossir. La région sus-ombilicale droite est saillante. A ce niveau, on perçoit une tumeur irrégulière, à bords mousses, en forme de croissant à concavité inféro-interne, et refoulant l'intestin à gauche et en bas. Le bord supérieur de la tumeur se perd vers les fausses côtes; elle s'étend vers la région lombaire; elle est immobile, lisse; on

n'observe ni ballonnement rénal, ni circulation complémentaire. La matité de la tumeur se confond avec la matité hépatique. Elle est limitée en dedans par la sonorité gastrique; en bas, par la sonorité intestinale. Si la tumeur ne s'était pas étendue vers la région lombaire, on aurait fait le diagnostic ferme de kyste du pancréas; mais étant donné ce signe, on fait des réserves pour une tumeur du rein.

Ce qui incita à penser à une tumeur rétro-péritoniale, c'est la répartition des zones de sonorité qui était caractéristique.

OBSERVATION XIV.

(A. MALTHIX, Christiania).

(Résumée dans *Annales des Maladies des voies urinaires*, 1895).

Absence d'un rein et hydronéphrose prise pour un kyste du pancréas.

OBSERVATION XV.

(Docteur VOLCKER TUBINGEN).

Kyste du pancréas opéré et reconnu tardivement pour une hydronéphrose.

Hydronéphrose et Absès Sous-Phrénique

OBSERVATION XVI.

(HOCHAUS, *Allgemeiner Haartzlicher Verein Köln*).

H..., 54 ans. A ressenti, quinze jours avant l'entrée à l'hôpital, des douleurs du côté droit accompagnées de vomissements, fièvre et frissons. L'appétit était nul, les mictions étaient douloureuses et le malade était constipé depuis quatre jours. Il se plaignait de douleurs dans le côté droit de la poitrine et du ventre. Vous-sure et immobilisation de la base du thorax. A la percussion, on trouvait de la matité à partir de la quatrième côte en avant et, en arrière, la matité remontait jusqu'au milieu de l'omoplate. La respiration était sibylante; le cœur était normal, le poulx était petit, dépressible, à 100; fièvre 38°2-39°. On trouvait des traces

d'albumine dans l'urine. Dans les jours qui suivirent, la matité augmenta dans la partie supérieure. Le pouls dépassait 100, la fièvre était à 40°4; l'urine ne changea jamais d'aspect. Une ponction exploratrice, au milieu du 9^e espace intercostal droit en arrière donna issue à un liquide purulent, fétide, contenant des quantités de leucocytes et de bacilles.

Le diagnostic probable fut: *Abscès sous-phrénique*. Le lendemain, l'intervention fut pratiquée, on trouva un *hydronéphrose volumineuse*, en forme d'éventail. Le malade mourut quelques jours après de pneumonie.

L'auteur dit que le diagnostic d'abcès sous-phrénique fut posé parce que le liquide paraissait être à la base du thorax. L'intervention a démontré qu'il pouvait y avoir des cas où l'hydronéphrose se développe sous le dôme diaphragmatique.

L'auteur cite deux autres observations, dans lesquelles le diagnostic était particulièrement difficile à cause du développement de la tumeur du côté du thorax.

Nous devons faire remarquer qu'ici l'hydronéphrose n'a pu simuler un abcès sous-phrénique qu'à cause de la fièvre élevée du malade, température due à la suppuration de la poche et à la transformation de la tumeur en pyonéphrose. Cela sort un peu du cadre de notre étude.

Néanmoins, il est intéressant de savoir que certains hydronéphroses peuvent se développer dans les régions hautes de l'abdomen, au point de faire penser à une affection thoracique, par un retentissement pulmonaire analogue.

Nous devons également signaler, avec Bazy, l'erreur possible avec la *Leucémie Myélogène*. Cette dernière s'accompagne d'un gonflement parfois énorme de la rate, de troubles de l'urine intermittents et même de fièvre, qui peuvent faire croire à une hydronéphrose infectée.

Bazy a eu à faire trois fois ce diagnostic. Nous le signalons ici, car il entre également dans le cadre des tumeurs haut situées dans l'abdomen.

H ydronéphrose et Troubles Gastro-Intestinaux

Parfois l'hydronéphrose s'est révélée au clinicien avec les manifestations cliniques d'une affection digestive.

Tel le cas publié par MM. Rocher et Darget, concernant une « Hydronéphrose congénitale gauche reconnue au cours de troubles gastro-intestinaux infectieux ».

OBSERVATION XVII.

(MM. ROCHER ET DARGET, *Presse Médicale*, 1923).

L..., 9 ans, après quelques jours de malaises surtout caractérisés par des troubles gastro-intestinaux, voit éclater, le 6 janvier 1922, des accidents avec fièvre élevée: 39°-40°, douleurs vives dans le flanc gauche et constipation marquée, sans vomissements.

En raison de la fièvre, du mauvais état des voies digestives, de l'altération de l'état général, le diagnostic de *Collection suppurée péricolique* est posé.

Dans les antécédents du malade, on note: naissance avant terme (trois semaines), nourrisage six mois au sein et troubles gastro-intestinaux dès l'allaitement mixte. Les troubles gastro-intestinaux ont été à peu près constants jusqu'aux accidents actuels: constipation habituelle, selles fétides, éruptions cutanées fréquentes, parfois poussées de fièvre. Les urines auraient toujours dégagé une mauvaise odeur. Il faut signaler en outre une scarlatine à 4 ans avec albuminurie légère consécutive (0,06-0,10) et parfois des urines louches, opaques, en l'absence de toute crise douloureuse, de tout symptôme fonctionnel attirant l'attention sur l'arbre urinaire.

L'examen de la malade révèle l'existence d'une tuméfaction arrondie, occupant l'hypochondre gauche, donnant le contact lombaire par le palper bi-manuel; peu de douleur et pas de contraction.

L'opération montra l'existence d'une poche hydronéphrotique; il semble que l'hydronéphrose constatée soit d'origine urétérale par atrophie congénitale de ce conduit.

Les accidents révélateurs de la maladie furent donc des

troubles digestifs; les auteurs de l'observation font à ce sujet les remarques suivantes :

En ce qui concerne les troubles digestifs au cours de l'évolution d'une hydronéphrose, il semble qu'il soit nécessaire de distinguer deux ordres de faits :

1° Ceux dans lesquels, réellement, les troubles digestifs sont subordonnés à l'affection rénale et dus au volume de la tumeur hydronéphrotique gênant mécaniquement le cours des matières; tels sont les cas d'hydronéphrose rapportés par Clennan, dans les « *Annals of Surgery* », mai 1922; leur symptomatologie avait complètement fait dévier le diagnostic vers une affection du tube digestif.

Un de ces cas s'accompagnait de crises avec vomissements, constipation; on sentait une masse en haut et à gauche de l'ombilic, qui fut interprétée comme une lésion de périgastrique et d'épiploïte compliquant un ulcère de l'estomac. L'examen de l'estomac aux Rayons X, après ingestion de bouillie bismuthée montrant une aire où le bismuth n'avait pas pénétré, attirait l'attention d'une façon encore plus précise au côté de cet organe. A l'opération, on reconnut pourtant la présence d'une hydronéphrose repoussant la paroi postérieure de l'estomac.

Dans le deuxième cas, les troubles, remontant à dix ans auparavant, consistaient en constipation, nausées, vomissements, douleurs dans le flanc survenant par crises, tandis que l'examen de l'intestin aux Rayons X montrait l'existence d'un obstacle au niveau du colon descendant. Seule, l'intervention permit de rectifier le diagnostic.

Telles aussi les observations de A. Troëll (Stockolm) et Hans Brossmann (Jagendorf) que nous rapportons plus loin.

2° D'autres cas où il existe également des troubles digestifs mais où ceux-ci ne sont nullement un effet de l'hydronéphrose. Ils peuvent exister pour leur propre compte, mais intervenir un jour en créant une complication: l'infection

de la poche hydronéphrotique qui peut ne se révéler qu'à l'occasion de ces accidents nouveaux.

Ces faits établissant les relations étroites de l'intestin et du rein ont été récemment bien mis en lumière par Heitz-Boyer, dans le *Journal Médical Français*, 1922; il assigne une importance considérable à l'irritation du système nerveux abdominal.

Loeper, dans ses *Leçons de pathologie digestive*, assigne trois étages aux manifestations cliniques, qui peuvent être gastriques, intestinales, rectales, et l'on peut voir tous les intermédiaires en passant par le spasme douloureux du colon et le syndrome de la colite muco-membraneuse.

OBSERVATION XVIII

(HANS BROSSMANN (Jagendorf), *Zent. f. Chir.*, 1922).

Sujet de 19 ans opéré 2 ans auparavant pour coliques. Peu de temps après, douleurs dans la partie gauche de l'abdomen. A l'examen du malade, on trouvait, dans la partie inférieure de l'abdomen, à gauche, tout près du petit bassin, une tumeur très marquée avec une résistance fluctuante très nette. Le diagnostic porté fut celui d'une *sténose intestinale* par une tumeur qui retrécissait ou coudait l'intestin. Laparatomie exploratrice médiane; découverte d'une tumeur rétro-péritonéale kystique qui fut reconnue comme étant le rein gauche. Le bassinnet était constitué par un sac hydronéphrotique de la grosseur d'un poing.

OBSERVATION XIX

(ABRAHAM TROELL, Stockholm, *Zent. f. Chir.*, 1922).

A observé un cas dans lequel le malade présentait des symptômes intestinaux depuis plusieurs années, constipation fréquente et opiniâtre.

Survint un accident de cheval, à la suite duquel se déclare une hématurie passagère. Mais la constipation reparaît plus violente que jamais, entraînant des douleurs abdominales et de la fièvre.

A la palpation, on ne trouve aucune tumeur rénale. Divers examens de laboratoire sont pratiqués et restent négatifs. La pyélographie montre alors : une ombre rénale à droite; au contraire, le pôle inférieur du rein gauche est à la hauteur de la crête iliaque. Le rein est augmenté de volume dans tous les sens. Nephrectomie. L'examen de la pièce montra tous les calices dilatés et la parenchyme rénal considérablement réduit.

Il est vraisemblable, de l'avis de l'auteur, que le traumatisme ayant déterminé une hémorragie, a mis en évidence l'hydronéphrose jusque là méconnue.

OBSERVATION XX

(MM. LERICHE et ARNAUD. — *Lyon Médical*, 1908).

H..., 28 ans, souffre depuis l'âge de 15 ans de douleurs du côté droit et à l'épigastre. Les douleurs sont violentes, constrictives et intermittentes. Les digestions sont lentes et pénibles et s'accompagnent de pyrosis.

Depuis 2 ans, les douleurs sont plus vives et s'accompagnent de vomissements qui, à l'entrée du malade, sont très abondants et continuels, rendant très difficile son alimentation.

L'examen montre la présence d'une masse résistante, située à gauche de la ligne médiane et descendant à deux travers de doigt de l'ombilic. A la percussion, sonorité en haut de la tumeur, matité en bas. Le clapotage gastrique est net. Le foie paraît normal. Pas de ballotement rénal.

Après un lavage d'estomac, on fait le diagnostic ferme de *sténose pylorique*, consécutive probablement à un ulcère latent de l'estomac.

A l'intervention, on reconnaît une hydronéphrose volumineuse.

OBSERVATION XXI

(Professeur JABOULAY, *In Thèse Maire*).

H..., 30 ans, souffrait de la région épigastrique depuis longtemps. Il présentait en tous points le syndrome gastrique et ses douleurs

offraient le caractère des douleurs gastralgiques. A Bordeaux, où le malade fut examiné, la lésion fut confondue avec une *affection gastrique*. Au moment où il consulta le Professeur Jaboulay, il avait des urines sanglantes, si bien qu'on pouvait croire à un cancer du rein.

Il fut opéré quelques temps après et l'intervention fut une nephrostomie avec drainage.

De l'étude résumée de ces fait, il résulte que dans la symptomatologie si fruste de l'hydronéphrose, il convient de retenir la possibilité d'accidents du côté de l'appareil digestif, déterminés par l'hydronéphrose.

Surtout si le malade a maigri, souffre dans la région épigastrique, présente des vomissements abondants, et si la masse constatée siège aux alentours de l'ombilie, la confusion est fatale, surtout en l'absence de troubles urinaires.

Hydronéphrose et Appendicite

On a pu dire que les affections rénales du côté droit sont d'un diagnostic beaucoup plus difficile que celles du côté gauche, de par la présence même de l'appendicite et de la possibilité de son inflammation.

Nous avons pu recueillir un certain nombre d'observations dans lesquelles le diagnostic a pu être fait tantôt avant, tantôt après l'appendicectomie.

Les rapports entre l'appendice et l'hydronéphrose sont à considérer aux points de vue suivants :

a) Il existe une hydronéphrose dont les symptômes ressemblent à ceux d'une appendicite, et dans ce cas, on fait le diagnostic erroné d'appendicite, alors qu'il s'agit d'une rétention rénale.

b) Inversement, le tableau clinique de l'appendicite peut simuler celui de l'hydronéphrose et dans ce cas, on fait à tort le diagnostic d'Hydronéphrose, alors qu'il s'agit d'inflammation de l'appendice.

Dans ces deux cas, il y a simplement erreur de diagnostic, mais aussi :

c) L'appendicite peut être une cause d'hydronéphrose; L'observation XXVI, entre autres, démontre d'une façon évidente, que l'inflammation de l'appendice peut produire une compression ou un rétrécissement de l'urètre avec dilatation en-dessus. Les cas de ce genre ne sont pas nombreux, mais il est probable qu'une observation attentive permettrait de recueillir un plus grand nombre de faits nouveaux.

d) L'Hydronéphrose peut être une cause d'Appendicite. En 1893, Edebohls suppose une relation clinique entre l'appendicite et le rein mobile (partant l'hydronéphrose); il publie, en 1895, le résultat de ses premières recherches cliniques : il trouve l'appendicite dans 90 % des reins mobiles.

La pathogénie de cette appendicite chronique est ainsi expliquée par Edebohls : le rein droit, dans son déplacement, comprime la veine mésentérique supérieure, d'où gêne de la circulation dans le cœcum et l'appendice.

La forme d'hydronéphrose qui peut prêter le mieux à l'erreur, est la forme dite intermittente, caractérisée par des crises se renouvelant à des intervalles variables et éloignés, avec phénomènes reflexes assez intenses, et dont le tableau clinique peut parfaitement simuler une forme subaiguë d'appendicite.

Il est aussi des dispositions anatomiques particulières qui peuvent rendre plus grande la difficulté de diagnostic entre ces deux affections.

1° Dans un premier cas, le cœcum, restant à sa place normale, l'appendice peut suivre un trajet rétro-cœcal ascendant qui amène sa pointe vers le pôle inférieur du rein et jusqu'à la face inférieure.

2° Dans d'autres cas, c'est le cœcum tout entier qui occupe une position haute devant le rein au-dessous du foie.

3° Inversement, le rein, dont le développement se fait de bas en haut, peut rester en position basse dans la fosse

iliaque. C'est le rein ectopique, fixé dans cette position par ses artères et par ses veines.

Jeliu (*Thèse de Paris*, 1920), cite dans son travail comparatif de l'Appendicite et de l'Hydronéphrose, 38 observations ayant fait poser un diagnostic douteux ou erroné.

Un grand nombre de ces observations, (9), a été recueilli dans les services de MM. Papin et Legueu; les autres ont été puisées dans la littérature médicale.

En raison de leur grand nombre, nous ne publierons que celles qui nous paraissent présenter un intérêt démonstratif évident.

OBSERVATION XXII

(TH. COTTEREL, Chicago, *Journal Urologie*, 1922).

(*Th. Ur. and. Cut. Rev.* 1922)

Femme de 32 ans, souffrant depuis trois mois du côté droit avec troubles reflexes de long de l'urètre et dans la région de l'appendice. Les douleurs sont suivies de mictions fréquentes et de dyspnée. Nausées légères; pas d'hématurie; pas de vomissements. On diagnostiqua une *appendicite* et l'*appendicite* est enlevé.

Deux mois plus tard, à l'occasion d'une course en automobile, la malade est prise brusquement de douleurs abdominales ressemblant à celles qu'elle avait déjà ressenties : douleurs lombaires irradiant dans la partie droite inférieure de l'abdomen.

A l'examen, on trouve un rein droit mobile et facilement palpable; le rein gauche n'est pas perceptible.

Le cathétérisme urétéral indique 20 cc. de rétention à droite; la pyélographie montre le rein descendu, le bassinet dilaté dans sa portion supérieure et tordu.

Le diagnostic réel est alors porté : rein mobile droit; torsion de l'urètre avec augmentation de la capacité du bassinet : hydronéphrose.

OBSERVATION XXIII

(MAIRÉ, — *Thèse Lyon* 1909).

L. J..., 16 ans, se plaint depuis quatre à cinq ans, de douleurs

sourdes et intermittentes dans l'hypochondre droit et la fosse iliaque droite, survenant par crises, et accompagnées de vomissements et de constipation. Une crise extrêmement douloureuse, avec vomissements, survient en même temps, qu'apparaît une tuméfaction arrondie et dure dans l'hypochondre droit au-dessous du bord inférieur du foie. Amélioration par des applications de glace et des calmants. On fit le diagnostic d'*appendicite à répétition*; le malade est dirigé en chirurgie pour opération à froid.

L'intervention permet d'enlever un appendice ne présentant aucune trace d'inflammation, sauf une très légère hyperplasie de la muqueuse.

A la fin de la convalescence, le malade ressent une nouvelle crise de 48 heures de durée avec douleurs vives, dont le siège maximum était situé plus haut qu'avant l'intervention, au-dessous du rebord costal, sans irradiations à l'épaule, sans vomissements, mais avec une petite tumeur de l'hypochondre droit. On administra un purgatif et la crise prit fin.

Neuf mois après, nouvelles crises douloureuses, accompagnées de vomissements.

A l'examen, on relève par la percussion, une zone de matité hépatique, débordant les fausses côtes; à la palpation, on sent aisément, dépassant le foie et collée contre lui, une masse volumineuse, dure, allongée, un peu douloureuse à la pression, sensation de rein glissant sous les doigts; aucun point douloureux.

Une seconde intervention est pratiquée, révélant une tumeur rétropéritonéale, à contenu nettement liquide; aussitôt, on fait le diagnostic d'hydronéphrose. Le foie, la vésicule et la tumeur hydronéphrotique, se continuaient directement et faisaient corps entre eux sans interposition d'aucune anse intestinale.

Le colon ascendant était tout entier refoulé en dedans.

OBSERVATION XXIV

(H. SCHAAD. — *Ann. des mal. des voies génit.-ur.*, 1908)

H..., 17 ans, fit, à 13 ans, une chute sur le bas-ventre; plus tard, les douleurs survinrent et on fit le diagnostic d'*appendicite*. L

fut opéré une première fois par le Professeur Enderlin, à Bâle. Le diagnostic opératoire resta celui d' *appendicite*.

Au bout d'un an, un nouvel accès douloureux, fut pris pour une pérityphlite et dura deux semaines. On sentait, entre l'ombilic et la symphyse une tumeur de la grosseur d'un poing, mobile, peu douloureuse; le malade n'avait pas eu de troubles urinaires, l'urine était normale.

Au commencement de l'intervention, on trouva une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant et paraissant rétro-péritonéale. Après avoir élargi la plaie, on vit qu'il s'agissait du rein droit déplacé et devenu hydronéphrotique.

OBSERVATION XXV

Le Docteur Taylor H.-E. rapporte dans le *Britisch Medical Journal* 1908, l'observation d'un rein ectopique et hydronéphrotique enlevé chez une jeune femme. Les symptômes étaient ceux d'une appendicite; la palpation de la fosse iliaque donnait même la sensation de fluctuation.

Ce cas simulait absolument une appendicite typique et l'appendice, ainsi que le cœcum, étaient sains.

De 38 observations rapportées dans la thèse de Jéliu, nous en retiendrons seulement quelques-unes.

OBSERVATION XXVI

(Cas du Docteur Jules FERRON, Laval)

P. G..., 26 ans, entre pour douleur de côté survenue brusquement et siégeant à droite (fosse iliaque, flanc et région lombaire); vomissements verdâtres; oppression; maux de tête, urines très albumineuses.

Cette malade a été soignée, il y a six mois, pour une nephrite très grave, avec rétention chlorurée, qui cèda à un traitement déchloruré.

A l'examen, état subcomateux; la malade est en poussée d'urémie et meurt au bout de dix jours sans avoir pu bénéficier d'une intervention.

L'examen cadavérique révèle la présence d'un gâteau de péri-tonite peri-appendiculaire avec anses grêles agglutinées et présence de pus abondant. *L'appendice portait une perforation longitudinale près de son point d'implantation.* L'urètre droit, boudiné, aboutit à un rein violet, congestionné; la portion lombiliaque était mince, distendue; la portion pelvienne, épaisse et plus petite. L'appendicite pelvienne avait épaissi le péritoine pelvien et le tissu cellulaire sous-jacent péri-urétéral, ce qui avait déterminé la compression de cette portion de l'urètre. A gauche, l'urètre est normale, mais aboutit aussi à un rein congestionné. Les deux reins étaient atteints de néphrite chronique, sur laquelle était venue se greffer une poussée aigue, déterminée par une appendicite pelvienne. Cette néphrite aigue avait imprimé à l'appendicite une marche absolument anormale où les symptômes urinaires tenaient une place prépondérante et avaient empêché de faire le diagnostic.

L'auteur rapporte un second cas personnel dans lequel une hydronéphrose confirmée, avait pour cause des lésions de péri-urétérite chronique à point de départ appendiculaire. Il pensa que cette peri-urétérite serait particulièrement provoquée par ces formes d'appendicites pelviennes, que ne s'abcèdent pas, et restent indurées pendant fort longtemps, remplissant tout le pelvis et qu'il est souvent fort difficile de distinguer des pelvi-péritonites tuberculeuses, et il désigna ces pelvis sous le nom de *bassin en ciment*.

OBSERVATION XXVII

(Docteur RIESE. — *In thèse Jéliu*)

Enfant de 17 ans. Appendicite aigue. Evacuation opératoire d'abcès au 7^e et au 14^e jour de la maladie. Le 22^e jours, au cours d'une convalescence d'ailleurs parfaite, survint de la fièvre avec une tumeur de la région rénale gauche et des douleurs dans le flanc droit et une diminution de la quantité d'urine. Au bout de quelques jours, ces phénomènes disparurent et le malade fut évacué comme guéri. Après quelques mois, l'appendice fut enlevé

au cours d'un récidive. On trouva de fortes indurations dans le voisinage et autour de l'urètre, au point où il croise le bord du bassin. Ces indurations ne furent pas touchées. Huit jours après l'opération, il y eut de nouveau de la fièvre, une tumeur de la région rénale droite, et des douleurs avec diminution des urines. Une ponction de la région rénale donna des urines claires. Une nouvelle opération permit de débarrasser l'urètre des indurations qui l'entouraient. La malade guérit.

OBSERVATION XXVIII

(GUNNAR NYSTROW. — *In thèse Jelin*)

E. E., 17 ans. Traitée à la maison de santé pour péritonite, et il y a huit mois, revient pour des douleurs localisées au flanc droit. Aucun symptôme du côté de l'appareil urinaire.

Opération. — L'appendice était fortement fixé par sa pointe au rebord du bassin; après pincement, on trouve sous ce dernier, une tumeur rétro-péritonéale, oblique en bas et en dedans, grosse comme le pouce, ferme, à surface lisse et se terminant au point au point où l'appendice adhérait à la paroi. Cette tumeur donnait avec le méso épaissi, la sensation de résistance perçue à travers la paroi. Au côté externe de la tumeur, un cordon gros comme un crayon, qui, d'après son aspect et son trajet, pouvait être l'urètre. On décolle la tumeur, qui se détache facilement de la paroi postérieure, sauf au pôle inférieur qu'il faut couper au bistouri, à cause de ses adhérences épaisses; alors, se fait une ouverture d'où s'écoule un liquide clair et l'on reconnaît l'urètre, énormément épais, qui, en bas, se continue, aminci dans le bassin. Ce point où l'urètre change de calibre, correspond à l'adhérence du sommet de l'appendice. Après avoir écarté le cœcum et le colon ascendant, on peut suivre jusqu'en haut l'urètre : il est également épaissi et dilaté jusqu'au bassin.

L'examen des pièces donne les résultats suivants : appendice oblitéré dans sa région apicale, avec paroi épaissie infiltrée; petites hémorragies dans la moitié basale.

Rein atrophie, hydronéphrose avec calices à parois lisses et parois épaissies d'au moins 1/2 cm., d'aspect normal à la coupe. L'urètre est énormément dilaté, avec paroi épaissie, muqueuse rouge tomenteuse.

OBSERVATION XXIX

(ANDREW. — *The Glasgow, Journal Medical*, 1904)

Malade ayant ressenti, il y a trois semaines, une douleur dans la fosse iliaque droite. Persistance de la douleur et vomissements. A l'examen, gonflement de la région abdominale droite, avec *douleur appendiculaire*.

leurs irradiantes à la région lombaire. Diagnostic porté d'abcès. A l'opération, on s'aperçoit d'une tumeur extra-péritonéale. On ponctionne et l'on retire un liquide clair, ayant couleur d'urine. On pose le diagnostic d'hydronéphrose. Le malade meurt d'une crise d'anurie.

L'autopsie révèle qu'il n'y a pas de rein gauche. Le rein bas est situé plus bas que normalement et occupe la fosse iliaque droite. L'organe est mobile, augmenté de volume. Il est très altéré en apparence, dans les conditions de l'hydronéphrose. Le bassin et les calices sont dilatés, surtout ces derniers, formant comme une série de cavités kystiques. L'urètre est dilaté sur toute sa longueur.

OBSERVATION XXX

(FENGER. — *Annales of. Surgery*, 1896).

Dans ce cas, l'urètre était entouré par un abcès appendiculaire, et notablement rétréci. Par suite de la sténose, il s'était constitué une hydronéphrose avec formation d'une valvule à l'union de la paroi inférieure de l'urètre à son passage dans le bassin et par suite, un obstacle à l'écoulement du calice inférieur du rein et une dilatation de la partie correspondante du bassin.

Jéliu cite encore dans sa thèse cinq observations de Fertig (Berlin), et dix observation de Mauny, se rapportant au même sujet.

Si nous essayons de dégager quelques idées pratiques de l'exposé de ces observations, nous trouvons, dans l'une et l'autre affection, trois ordres de symptômes à observer :

1° *La douleur*. — Dans l'appendicite, la *douleur* siège habituellement au point M. B. ; malgré les avis différents sur

sa correspondance anatomique, il est suffisamment caractéristique dans la majorité des cas. La douleur dans l'hydronéphrose, lorsqu'elle est caractéristique, est tout à fait différente; elle atteint une zone située au-dessous du rebord des fausses côtes et un peu en avant de la ligne axillaire; irradiations vers l'aîne et la cuisse, l'ombilic, le creux épigastrique, etc. En outre, il existe des points douloureux à la pression, en arrière, le point costo-lombaire, en avant, le point sous-costal et le point para-ombilical.

Dans l'un et l'autre cas, il y a sensibilité exagérée de la peau; il peut y avoir œdème localisé.

La douleur est iliaque dans l'appendicite; elle répond à la région du flanc et de l'hypochondre dans l'hydronéphrose.

2° Les *phénomènes réflexes* présentent des caractères communs et des caractères différentiels.

La contracture de la paroi existe dans les deux affections, mais avec une topographie différente et une intensité toujours plus marquée dans l'appendicite.

Les nausées et les vomissements se voient dans les deux affections et souvent avec la même intensité. Ce sont des vomissements bilieux, porracés.

Le hoquet n'existe pas dans l'hydronéphrose; c'est un symptôme caractéristique dans l'appendicite et qui traduit l'irritation du péritoine.

Le facies est différent; il ne prend jamais dans l'hydronéphrose le facies dit péritonéal que l'on rencontre dans l'appendicite.

Les fonctions intestinales sont toujours modifiées dans l'appendicite; jamais on n'observe rien de semblable dans l'hydronéphrose.

En revanche, les urines sont modifiées dans les deux cas : en qualité, rares et foncées dans l'appendicite; elles le sont en quantité dans l'hydronéphrose où l'on observe à la fin de la crise, une sorte de débâcle urinaire.

3° Les *phénomènes généraux*. — La fièvre qui peut être

très élevée dans l'appendicite, n'existe pas dans l'hydronéphrose ou peut être si légère qu'elle passe inaperçue, du moins tant qu'il n'y a pas d'infection.

Nous avons pu voir combien ces signes particuliers étaient mis en défaut dans bien des cas; combien leur recherche est délicate, et leur interprétation difficile dans les nombreux cas atypiques qui se présentent.

Il était néanmoins utile de les mettre en évidence pour qu'ils servent à l'examen comparatif des faits.

Hydronéphrose et Ascite

Le diagnostic des épanchements abdominaux est en général assez facile. Si l'on hésite parfois entre une ascite tuberculeuse ou cirrhotique et un kyste de l'ovaire, il est rare que l'examen clinique de la malade ou l'examen cytologique du liquide ne lève pas les doutes assez rapidement.

Quant aux hydronéphroses volumineuses, on en observe peu aujourd'hui, un diagnostic précoce et une intervention chirurgicale enrayant le développement de la cavité kystique.

Les cas que nous publions méritaient cependant d'être signalés, pour les difficultés spéciales qu'ils entraînaient.

Mosny, Javal et Dumont ont eu l'occasion d'examiner une malade porteur d'une collection liquide intra-abdominale considérable, puisqu'elle contenait environ 30 litres de liquide. Cet épanchement fut considéré pendant longtemps et par plusieurs médecins comme une ascite tuberculeuse, jusqu'au jour où l'examen physico-chimique du liquide démontra qu'il ne s'agissait ni d'un exsudat, ni d'un transsudat ordinaires, mais d'un liquide d'excrétion et que cette collection était forcément intra-rénale. C'est cet examen qui a permis d'amener un diagnostic que la clinique hésitait fort à admettre, étant donnés l'absence de tout symptôme urinaire, le volume considérable du liquide épanché, enfin l'évolution très lente et presque indolente de l'affection.

OBSERVATION XXXI

(MOSNY, JAVAL et DUMONT, *Journal d'Urologie*, 1913.)

F..., 25 ans, entre à l'hôpital pour une phlébite du M. I. gauche et un épanchement liquide intra-abdominal énorme. Il s'agissait d'une grosse collection abdominale, s'étant développée insidieusement vers l'âge de 8 ans, se reformant rapidement après ponction, mais dont le développement s'arrêtait au bout d'une certaine distension du ventre et restait remarquablement fixe. Cette « pseudo-ascite » ne s'accompagnait pas habituellement de douleurs, ou de signes intestinaux, mais après des traumatismes plus ou moins graves, elle augmentait rapidement de volume, devenait douloureuse et s'accompagnait enfin d'hématurie transitoire, bien que le taux des urines restait à peu près constant.

Les signes physiques étaient non moins trompeurs. Si lors du premier séjour à l'hôpital le ventre était dur et non fluctuant, il offrait quelques années plus tard tous les signes d'une ascite libre dans la cavité abdominale, avec induration et rétraction de l'épiploon.

La malade était pâle et amaigrie; sa fièvre, irrégulière, oscillait entre 37 et 38°. Enfin une phlébite s'était déclarée du côté gauche.

La *tuberculose péritonéale* conciliait tous ces faits disparates; elle expliquait la corde épiploïque, l'hématurie, la phlébite, la cachexie et la fébricule. Quelques faits cependant, restaient un peu obscurs : C'étaient l'absence de dépliement ombilical dans une ascite aussi volumineuse, l'absence de toute lésion pleuro-pulmonaire dans une infection aussi longue; enfin l'indolence de la maladie, la vie active que menait la malade.

L'examen chimique répété du liquide ponctionné et aussi le cathétérisme urétéral permirent de poser le diagnostic d'hydronéphrose.

On peut rapprocher de cette observation, celle publiée par Hans Brossmann dans une étude sur l'hydronéphrose traumatique.

OBSERVATION XXXII

(HANS BROSSMANN, *Zent. f. Chir.*, 1922.)

Il s'agit d'un homme de 32 ans, ayant reçu en 1915 un coup de crosse dans la région lombaire droite, qui avait été suivi d'urines sanglantes pendant 15 jours. Guérison.

En 1921, douleurs dans la région du foie et de l'estomac. En décembre 1921, grippe, puis apparition d'une grosseur dans la partie supérieure de l'abdomen, douloureuse au cours du travail.

A l'examen, on trouvait une tumeur fluctuante dépassant la ligne médiane à gauche et descendant à droite jusque dans le voisinage du cœcum.

Le malade est envoyé en chirurgie avec le diagnostic de *tuberculose péritonéale*.

Laparotomie exploratrice sous-ombilicale : découverte d'une tumeur kystique rétro-péritonéale donnant d'abord l'impression d'un gros pancréas, ou d'un kyste du mésentère. Reconnaissance d'un sac hydronéphrotique.

En dehors des symptômes fonctionnels qui sont surtout sous la dépendance de la compression exercée par le liquide épanché, symptômes en tout comparables à ceux de l'hydronéphrose, il est deux signes presque pathognomoniques de l'ascite :

a) *Le déplacement de la matité* avec les changements de position du malade.

b) *La fluctuation ou sensation de flot*, facilement provoquée, à moins que la paroi ne soit extrêmement tendue ou fortement œdématiée, ou que le liquide ne soit cloisonné dans la cavité du péritoine.

Lorsque le *liquide est cloisonné*, il n'obéit plus aux lois de la pesanteur; il existe des zones alternativement mates et sonores, qui ne subissent aucune modification dans les divers mouvements qu'on imprime au malade. On trouve facilement des masses irrégulières, indurées, facilement décelables à la palpation; les symptômes fonctionnels sont très

peu accusés. L'hydronéphrose ainsi que la plupart des collections kystiques de l'abdomen pourront prêter à confusion.

Nous rapprocherons de cette étude le *kyste du mésentère*. C'est une tumeur volumineuse de la région ombilicale médiane; lisse, arrondie, fluctuante, elle est très mobile, surtout dans le sens latéral; peu ou pas de symptômes fonctionnels.

OBSERVATION XXXIII

(Ch. Mattei et R. de Vernejoul (*Journal d'Urologie*, 1913), signalent le cas d'un enfant de six ans et demi, entré à l'hôpital avec le diagnostic de kyste suppuré du mésentère et fistulisation secondaire à une intervention chirurgicale.

Les divers examens pratiqués sur le malade et sur le liquide de la fistule permirent de rectifier le diagnostic pour celui d'ancienne uropynéphrose fistulisée.

Hydronéphrose et Kystes de l'Ovaire et du Parovaire

Le kyste ovarien est certainement la tumeur qui se rapproche le plus, en clinique, de l'hydronéphrose. L'analogie est telle qu'il est souvent impossible d'éviter l'erreur, quel que soit le soin apporté à l'examen de la malade.

Nous avons retenu un certain nombre d'observations dont nous publions les passages intéressants :

OBSERVATION XXXIV

(F. HUE, *Normandie Médicale*, 1906)

F. P., 65 ans, envoyé pour une grosse tumeur abdominale dont le début remonte à l'âge de 22 ans. Elle est apparue au milieu d'une santé jusqu'alors parfaite et siégeait au commencement très haut dans le flanc gauche, presque sous les côtes. Cette tumeur resta stationnaire très longtemps, sans jamais diminuer de volume, et sans gêner la malade dans sa profession. Il y a 5 ans,

elle augmenta de volume et devint douloureuse. Un médecin consulté, conseilla l'opération que la malade refusa.

Aucun trouble du côté de ses urines; pas de grossesse. Règles normales jusqu'à 50 ans.

Il y a 15 jours, obligée d'abandonner tout travail par suite d'affaiblissement graduel et de gêne progressive.

L'examen montre une femme cachectisée, avec abdomen énorme pointant en avant. La masse paraît bien prédominer à gauche, mais il est attaché peu d'importance à ce fait, la malade étant toujours inclinée sur ce côté. L'abdomen uniformément tendu est mat dans presque toute son étendue, avec sonorité dans le flanc droit, et zone de sonorité classique en haut, dénotant une poche kystique. La sensation de flot est des plus nettes.

Le toucher vaginal montre l'utérus petit, indépendant, repoussé vers le sacrum, le reste du bassin étant occupé par la tumeur.

Pas de troubles sphinctériens, pas de fièvre. La respiration est fort gênée. On décide de l'opérer sans plus attendre avec le diagnostic de *kyste de l'ovaire*, toute autre tumeur liquide étant éliminée à cause du volume.

Intervention. — On constate l'apparition d'une phlébite du membre inférieur. Dans l'abdomen ouvert on perçoit un gros kyste recouvert par le péritoine postérieur; la ponction au trocart donne issue à 16 litres de liquide. Le rein est aperçu en dehors de la tumeur et appliqué contre elle. On se trouve en présence d'une *volumineuse hydronéphrose*.

OBSERVATION XXXV

(GAUTHIER et STEFANI, *Lyon Médical*, 1909.)

Jeune fille de 24 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu pour une augmentation de volume de l'abdomen et des douleurs menstruelles survenues depuis 3 ans.

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal permet de sentir une masse rénitente remontant à l'ombilic et plongeant dans le bassin. Elle paraît indépendante de l'utérus, et fixée à sa droite

comme s'il s'agissait d'un *kyste interligamentaire de l'ovaire droit*; c'est le diagnostic porté.

Une laparotomie montre qu'il s'agit en réalité d'une hydronéphrose droite développée dans un rein abaissé et s'étendant de la région lombaire au fond du bassin.

OBSERVATION XXXVI

(Communication de M. le Docteur BERARD, à la Société de chirurgie de Lyon, 1901, *In Thèse MAIRE*).

R. D., 57 ans, adressée par deux médecins qui avaient diagnostiqué : l'un, un kyste de l'ovaire avec fibrome utérin probable; l'autre, un kyste multiloculaire de l'ovaire.

Pas d'antécédents pathologiques. A la suite d'un premier accouchement, il y a 21 ans, un praticien fit par hasard la découverte, dans la fosse iliaque gauche, d'une tumeur mobile du volu du poing. A ce niveau, la malade ressentait un peu de pesant. Vers l'époque de la ménopause survinrent des métrorragies et des troubles nerveux. Les fonctions urinaires ont toujours été normales; il n'y eut jamais de rétention douloureuse, jamais de débâcle urinaire.

Il y a dix mois, la tumeur réapparaît; il y a 8 mois, la malade se plaignit, pour la première fois de coliques violentes, avec diarrhées et frissons. Après cette année, il n'y eut pas non plus de troubles urinaires.

A l'examen, on constate une saillie notable du flanc gauche; à la palpation, on perçoit une tumeur plongeant dans la fosse iliaque, fixée au promontoire, mobile sur les plans profonds.

La masse est rénitente, sa surface est irrégulière et bosselée; la percussion révèle une zone sonore à gauche et en bas. Le diagnostic reste en suspens, on hésite entre un kyste de l'ovaire et une tumeur kystique du rein.

On ne pouvait obtenir le signe du ballottement rénal; les urines étaient normales sans albumine; la tumeur paraissait avoir un siège plutôt iliaque que lombaire.

Laparotomie. On trouve une tumeur kystique rétro-péritonéale; la ponction amène un liquide clair comme de l'eau de roche. L'examen de la pièce montra une énorme dilatation du bassin.

OBSERVATION XXXVII

(BUCHANAM, *Glasgow Medical Journal*, 1894).

Hydronéphrose simulant kyste de l'ovaire.

F..., 48 ans. A eu neuf enfants. Peu de temps après la naissance du dernier, on sentait dans le flanc droit, une tumeur du volume d'un œuf qui augmentait sans provoquer de troubles.

A l'examen, on trouvait, à la partie inférieure de la région lombaire droite, une tumeur arrondie irrégulière, élastique, vaguement fluctuante, mobile. Elle dépassait la ligne médiane, et semblait avoir son point d'attache en arrière. L'utérus était normal. Le diagnostic fut celui de *kyste de l'ovaire*.

Laparotomie. On trouve une tumeur revêtue du péritoine postérieur; on la ponctionna et l'on retira 84 onces d'un liquide clair, ne ressemblant pas au liquide des kystes de l'ovaire. L'exploration manuelle mit en évidence une grosse tumeur développée aux dépens du bassin.

OBSERVATION XXXVIII

(ROSENBERGER, *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1880.)

Hydronéphrose confondue avec un kyste de l'ovaire.

B. W., 34 ans. Pas d'antécédents. A 19 ans, prit un développement anormal du bas-ventre, la menstruation restant régulière. A l'apparition de la tumeur, elle ressentit des douleurs du côté gauche, qui, plus tard, passèrent à droite. Examinée par des médecins compétents et réputés, elle fut trouvée porteuse d'un *kyste de l'ovaire*.

L'examen local donne de la matité à la percussion au niveau de la tumeur, sauf une zone sonore qui va de droite à gauche en travers de la tumeur. Utérus en rétroversion, sans adhérences. Aucun trouble urinaire.

Etant donné le développement lent de la tumeur, les dou-

leurs dans la région lombaire, la zone tympanique constatée sur la lésion elle-même, le manque de fluctuation de la poche, la mobilité de l'utérus sans adhérences, l'observateur ne croit pas pouvoir admettre autre chose qu'un *kyste de l'ovaire*.

Une ponction eut pour résultat l'écoulement d'un liquide clair, inodore, de faible densité, ne contenant aucune trace d'albumine et ne révélant sous le microscope, aucune substance qui aurait pu servir au diagnostic. Il ne fut pas fait d'analyse chimique. Là-dessus, syndrome infectieux et mort après trois semaines.

Autopsie. — Après l'ouverture de l'abdomen on voit l'intestin grêle ayant subi une torsion à droite et dilaté. Les anses sont enchevêtrées et très dilatées; le colon transverse les cache en partie. Derrière le feuillet rétro-péritonéal se trouve une tumeur fluctuante, à paroi mince, qui remplit la moitié gauche de l'abdomen. Elle s'étend en haut jusqu'au 7^e espace intercostal; en bas, jusqu'au sacrum. L'intestin grêle est refoulé du côté de la ligne médiane par la tumeur qui la dépasse. L'angle gauche du colon ne forme qu'une seule masse avec la tumeur, ainsi qu'une partie du colon transverse. Le colon descendant, sur une longueur de 20 centimètres, croise la région atteinte à angle droit. Après ablation des organes, à l'exception du système uro-génital, on reconnaît que la tumeur appartient au rein gauche. L'urètre de ce côté est dilaté, on voit les vestiges du parenchyme rénal. Il s'agit d'une *hydronéphrose*.

Dans la littérature médicale, ajoute l'auteur, on retrouve 11 autres cas similaires, un douzième dans lequel le diagnostic est resté douteux.

OBSERVATION XXXIX

(Docteur WECKS DE MAINE. Observation rapportée dans les *Annales des Maladies des Voies urinaires*.)

Hydronéphrose prise pour une tumeur de l'ovaire.

M^{me} M..., 30 ans. 3 enfants. Aucun passé génital. Il y a 4 ans, elle s'aperçoit pour la première fois qu'elle avait une grosseur

du volume d'un œuf dans la région ovarienne droite. La douleur provoquée par cette masse était aiguë et lancinante. A ce moment elle eut une affection pulmonaire et une crise de rhumatisme articulaire des M. I.

La tumeur se développe graduellement au début, et depuis un an, plus rapidement, au point de gêner les mouvements respiratoires. La malade affirme un détail intéressant; elle déclare que le volume de sa tumeur diminuait lorsqu'elle urinait beaucoup, et que lorsqu'elle urinait moins, la masse augmentait.

A l'examen on perçoit de la fluctuation nette, l'utérus est à sa place normale et n'est pas augmenté de volume; les urines contiennent un peu d'albumine. On diagnostique une *tumeur de l'ovaire*.

Opération. On découvre le mésentère, puis l'intestin, et enfin une tumeur recouverte par le péritoine postérieur. On se trouve en présence d'un kyste rénal; le contenu est vidé au trocart : le liquide qui s'écoule est clair, jaune, opalin; il provient d'une tumeur hydronéphrotique.

OBSERVATION XL

(Due à l'obligeance de M. le Docteur ORAISON.)

M^{me} X..., 42 ans. Sans profession. Jamais malade.

Depuis plusieurs années, souffre par crises de sa région rénale droite. Ces douleurs s'accompagnent de nausées et même, parfois, de vomissements. A l'examen, son médecin a constaté l'existence, dans le flanc droit, d'une grosseur très mobile, sensible, qu'il diagnostique rein mobile avec crises d'hydronéphrose intermittente.

Un soir, je suis appelé auprès de la malade parce que, depuis le matin, elle a une crise plus violente et qu'elle n'urine pas. Le médecin, pour maintenir le rein à sa place, avait placé un bandage très serré avec pelote sous les fausses côtes. Le bandage enlevé, je constate la présence, dans le flanc droit, d'une tuméfaction très douloureuse, du volume des deux poings, extrêmement mobile dans tous les sens, allant d'un flanc à l'autre et des fausses côtes au pubis.

Le lendemain matin, l'anurie persistant, je place à demeure un sonde urétérale que je laisse en place 24 heures, pensant que ce moyen suffirait à ramener la diurèse. Il n'en fut rien.

Au bout de ces 24 heures, je me décidai à pratiquer la néphrotomie. Je trouvai le rein à sa place, en bonne position et solidement fixé. Au contraire, la tumeur constatée précédemment était nettement *intra-péritonéale*. Je fermai la plaie lombaire, j'ouvris le péritoine et tombai sur un kyste de l'ovaire à pédicule très long, tordu trois fois sur lui-même. L'extirpation du kyste amena la guérison de la malade qui n'eut jamais plus de crise douloureuse.

Il s'agissait donc d'un kyste de l'ovaire à pédicule tordu, qui en avait imposé pour un rein mobile en hydronéphrose intermittente.

Nous signalerons encore pour mémoire les observations de :

JOHN PYLE, *New-York Medical Journal*, 1899;

TUFFIER, *Annales des Maladies des Organes génitaux urinaires*, 1891;

GROSS : extirpation d'une hydronéphrose volumineuse prise pour un kyste de l'ovaire, *Annales des Maladies des organes génitaux urinaires*.

TRINKLER, *Zeitschrift für Urologie*, 1912, diagnostic de l'hydronéphrose;

WEISWANGE, *Dresde, Zentralblatt für Gynakologie*, 1914,

Dans tous ces cas, la confusion était inévitable. Nous avons vu qu'il s'agissait habituellement de tumeurs volumineuses, plongeant dans le petit bassin.

Si on observe l'évolution de la maladie, on ne trouve aucun symptôme qui puisse mettre sur la voie du diagnostic. Le siège et les signes physiques de la tumeur sont comparables.

Les douleurs lombaires se retrouvent dans l'un et l'autre cas..

L'examen chimique du liquide retiré par ponction peut donner des renseignements précieux mais aussi, induire en

erreur. L'urée peut manquer dans les hydronéphroses et se trouver dans les kystes ovariens. Il en est de même de l'acide urique.

On devra rechercher les connexions de la tumeur avec la région lombaire par le ballotement rénal, son isolement inférieur, la mobilité de l'utérus.

« C'est l'étude du siège de la tumeur qui doit tout d'abord nous arrêter », a dit Guyon dans une *Leçon sur la sémiologie et l'examen clinique des tumeurs du rein*, publiées dans les *Annales des maladies des voies génitales urinaires*, 1888.

« Lorsqu'il augmente notablement de volume, le rein trop à l'étroit dans la fosse lombaire, trouve en arrière une résistance absolue et ne peut se développer qu'en se portant en avant. A quelque degré de développement qu'elle arrive, la tumeur du rein ne devient pas complètement abdominale. Une de ses parties qui est la portion la plus élevée de son bord postérieur, ne perd jamais le contact de la fosse lombaire. Pour peu que l'examen soit dirigé dans ce sens, on constate sans peine qu'il en est ainsi, alors même que la tumeur semble tout à fait abdominale. Le contact que les tumeurs rénales gardent avec la paroi lombaire, nous explique aussi pourquoi seules, de toutes les tumeurs de l'abdomen, elles offrent le phénomène du ballotement.

L'interposition de l'intestin, en particulier du colon, entre la tumeur et la paroi abdominale, est aussi considérée comme un élément essentiel de diagnostic. Ce signe existe même dans les plus grosses hydronéphroses. On a recommandé jadis, pour mettre ce signe en évidence, de vider d'abord partiellement la tumeur, puis de donner des lavements effervescents capables de distendre de gaz le gros intestin.

KYSTES DU PAROVAIRE. — Au point de vue pratique, il est difficile de séparer les kystes de la région ovarienne, indépendants de l'ovaire, des kystes de l'ovaire proprement dits.

Mais s'ils sont anatomiquement distincts, on doit tenir compte de leur étroite solidarité clinique.

Les remarques que nous avons faites sur les kystes de l'ovaire s'appliquent également aux kystes du parovaire quant au diagnostic des tumeurs hydronéphrotiques.

Hydronéphrose et Grossesse

OBSERVATION XLI

(PAYOT fils, Rennes, *Annales des Maladies des voies génitales-urinaires*, rapportée in-thèse MAIRE.)

La malade avait eu un arrêt de la menstruation depuis cinq mois, avec gonflement brusque des seins et écoulement de colostrum. La pigmentation de la ligne blanche était nette, le tour de taille très augmentée. Tout cela fit penser à une *grossesse*, bien que, au 7^e mois, après le début des symptômes, la hauteur de l'utérus correspondit à peine à une grossesse de 5 mois.

Cependant, la situation de la tumeur, plutôt sur le flanc droit, l'exploration des organes génitaux, permirent, sur le tard, d'exclure l'hypothèse d'une grossesse. On diagnostiqua alors une tumeur rétro-péritonéale. On fit une néphrectomie trans-péritonéale et la malade guérit définitivement.

L'examen de la pièce montra un sac hydronéphrotique avec urètre coudé peu après son émergence.

Il est vrai que ce sont là des cas exceptionnels, mais il suffit qu'ils se soient présentés pour y songer et savoir qu'ils peuvent donner le change. C'est, de toutes les erreurs de diagnostic, celle qui serait la plus funeste.

Nous ne pouvons pas également, pas signaler l'influence de la grossesse sur l'apparition ou une complication d'hydronéphrose, de même que la confusion avec une grossesse extra-utérine.

Aussi en présence d'un cas possible de grossesse ne devra-t-on jamais s'en tenir aux signes de probabilité, mais rechercher les signes de certitude, d'autant qu'il peut y avoir coexistence de grossesse et d'hydronéphrose. Dans le doute on devra toujours temporiser.

Hydronéphrose et Affections Utérines

Nous ouvrons ce chapitre non pour donner des observations relatives à des erreurs de diagnostic mais pour signaler qu'un très grand nombre d'hydronéphroses passent inaperçues au clinicien, soit qu'elles ne se révèlent que par une symptomatologie très fruste, soit que l'attention ne soit pas attirée de ce côté, étant tout entière absorbée par une affection intercurrente.

Rüster dit que sur 500 malades avec hydronéphrose, il y a 200 hommes et 300 femmes. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître une proportion au moins aussi élevée.

Pozzi, dans un travail sur les altérations des reins consécutives aux *Corps fibreux de l'Utérus*, a pu écrire : « La compression des urétères a pu se produire dans deux conditions différentes : ou bien le fibrome est de petit volume, mais sa situation sur la face postérieure du corps utérin, sa consistance dure et élastique lui permettent une action directe et immédiate sur le mbouchure des conduits recteurs de l'urine; ou bien encore, le fibrome a franchi le détroit supérieur et peut se déplacer librement dans l'abdomen mais toujours il est fatalement ramené par son poids vers les parties déclives où cheminent les urétères ». Par ce mécanisme, se produit fréquemment une rétention d'urine méconnue.

Le Prolapsus utérin détermine aussi fréquemment l'hydronéphrose par un mécanisme un peu spécial qui a été étudié par Virchow qui, le premier, a signalé l'existence de ces hydronéphroses; elles résulteraient de la compression des urétères sur l'arc pubien.

Pour Ch. Levi, qui rapporte une observation détaillée à la Société Anatomique de Paris, 1895, le simple tiraillement par le prolapsus a pu suffire à produire un aplatissement des parois de la partie inférieure de l'urètre et, par suite, à déterminer une hydronéphrose.

L'affection qui agit le plus fréquemment par ce mécanisme est incontestablement le *Cancer de l'Utérus*.

Rayer, dans son *Traité des Maladies des Reins*, accuse la « dégénérescence cancéreuse » de l'utérus d'être une cause fréquente d'hydronéphrose, et il cite trois observations : dans l'une, l'urètre était comprimée par des ganglions lymphatiques indurés et augmentés de volume.

De nombreux auteurs après lui ont étudié le retentissement du cancer de l'utérus sur le rein, et en particulier l'hydronéphrose; on a publié un très grand nombre d'observations. Mais il est un fait remarquable : c'est que ces lésions paraissent n'être le plus souvent découvertes qu'après la mort, quand on procède à l'autopsie.

En résumé, dans le cancer de l'utérus, les fibromes, le prolapsus utérin — et il est légitime d'induire qu'il peut en être de même dans d'autres affections des organes du bas-ventre ayant pour conséquence le développement de tumeurs capables d'exercer une compression — il faudra avoir l'attention éveillée du côté du rein et s'assurer de la non-existence d'une hydronéphrose avant d'assigner une origine à un symptôme qui pourrait entraîner une erreur de diagnostic.

Nous ferons entrer dans ce cadre l'étude des *salpingites*; nous pourrons les trouver sur notre route quand nous discuterons le diagnostic de l'hydronéphrose. Nous ne ferons intervenir ici que la forme *kystique* de la salpingite, principalement cette forme d'hydropisie de la trompe, *l'hydro-salpinx*. Elle se présente sous la forme d'une tumeur très mobile rattachée par un long pédicule qui sera susceptible de se tordre sur lui-même.

Elle est très longtemps tolérante, et son absence habituelle d'adhérences peut en faire imposer pour une hydronéphrose. La bilatéralité des lésions et l'examen complet des annexes pourront trancher le diagnostic.

Hydronéphrose et Asystolie

OBSERVATION XXXXI.

(Service de M. le professeur Cassaet)

S. A..., 48 ans, entre dans le service le 6 septembre, transférée de chirurgie où elle était en observation pour une *tumeur de l'hypochondre droit*. Ce transfert est motivé par une *crise d'asystolie* apparue tôt après l'arrivée de la malade à l'hôpital.

Dans la nuit du 16 au 17 février 1923, la malade, bien portante jusqu'alors, se réveille en sursaut avec une sensation d'étouffement; crise de toux sèche, venant par quintes, sans la moindre expectoration. Il n'y a pas eu de point de côté ni de sensation de constriction thoracique ou de mort apparente.

La position assise que prend la malade ne calme pas les phénomènes signalés ci-dessus, mais ces derniers disparaissent après l'application de ventouses.

Le 17 février au matin, le docteur P..., appelé, porte le diagnostic de *congestion pulmonaire double* et ordonne un traitement adéquat avec toni-cardiaques. La malade reste alitée durant trois semaines; fièvre maxima 38°5. Il n'y a pas eu d'albumine dans les urines, la malade n'a pas souffert des reins; les phénomènes fonctionnels du côté de l'appareil respiratoire ont été peu importants, la toux peu marquée, l'expectoration peu abondante, aérée, sans filets de sang.

Vers le 7 mars, la malade se lève, se trouve en excellent état; les troubles respiratoires ont absolument disparu. Mais elle prend froid et est obligée de reprendre le lit le lendemain.

Les phénomènes d'étouffement se reproduisent beaucoup plus violents que durant la crise précédente; pas de point de côté, pas de changements dans la toux ni l'expectoration. Ces crises surviennent surtout la nuit à des horaires à peu près fixes : 20 heures, 23 heures, 3 heures. Le docteur P... avertit la malade qu'elle fait un *épanchement bilatéral*.

Notons durant cette rechute l'absence d'albumine dans les

urines. Quelques jours après la rechute, un phénomène nouveau se produit : la malade se plaint de son estomac. Elle ressent comme une pesanteur continuelle sans vomissements, nausées, ni renvois acides; le docteur trouve à ce moment-là foie congestionné, ordonne cataplasmes et sangsues.

Quatre ponctions pleurales (deux de chaque côté) sont pratiquées dans l'espace de deux semaines, ramenant en tout — au dire de la malade — deux litres d'un liquide citrin.

Dans le courant d'août, *crise de rhumatisme articulaire* ayant frappé surtout les deux pieds. Vers le milieu du mois de mai, la malade, convalescente, reprend ses occupations de lingère. Elle n'a plus le moindre trouble du côté de son appareil respiratoire mais continue à se plaindre de son *estomac*; l'anorexie est à peu près absolue, et continuellement la malade ressent une pesanteur exagérée à certains moments, mais sans horaire spécial. La malade note que lorsqu'elle souffrait davantage elle avait des palpitations violentes, accompagnées de phénomènes d'oppression. Ces derniers se manifestent de plus en plus fréquemment; ils sont provoqués par le moindre effort, l'ascension d'escaliers, par exemple.

En présence de ces symptômes, la malade consulte à nouveau son médecin. Ce dernier constate une *tuméfaction dans l'hypochondre droit* et conseille à la malade d'entrer à l'hôpital.

A son entrée dans un service de chirurgie, la malade se plaint toujours de *phénomènes douloureux, d'oppression, de lourdeur dans la région épigastrique*. A l'examen, elle présente une *tumeur renitente, régulière, grosse comme les deux poings environ, mobile, donnant la sensation du contact lombaire*.

On décide de pratiquer le cathétérisme des urètres, mais une *crise d'asystolie* se déclanche et l'examen ne peut être fait.

A ce moment, la malade a les jambes enflées, urine peu, présente de la dyspnée et l'auscultation du cœur révèle; un assourdissement des bruits, de l'irrégularité dans le rythme et l'existence d'un souffle systolique à timbre rude, siégeant à la pointe, à propagation axillaire.

C'est dans cet état que la malade entre dans le service.

Après quelques jours de traitement, les phénomènes cardiaques s'amendent, tant au point de vue fonctionnel que physique. Mais la *tumeur persiste toujours* avec les caractères signalés plus haut, et on assiste à sa *diminution coïncidant avec une débâcle urinaire*.

Les phénomènes douloureux du côté de la région épigastrique subsistent toujours.

L'auscultation des poumons révèle l'existence de râles de congestion, et de frottements, aux deux bases. L'état général reste assez bon et on ne note plus d'accident aigü depuis l'entrée de la malade.

Le 30 octobre, M. le professeur agrégé Duvergey pratique un catheterisme des urètres, dont le résultat est consigné ci-dessous :

Rein droit :		Volume	Urée o/oo.
N° 1.	8 cc.	}	7 g. 48.
N° 2.	4 cc.		7 g. 37.
N° 3.	10 cc.		
N° 4.	15 cc.		
Rein gauche :			
N° 1.	3 cc.		8 g. 60.
N° 2.	5 cc.		
N° 4.	6 cc.		8 g. 36.
N° 3.	14 cc.		

Antécédents. — Rien à signaler au point de vue héréditaire ou collatéral. Au point de vue personnel, on relève : une rougeole à neuf ans, sans complications; le mariage de la malade à dix-neuf ans; cinq enfants, tous bien portants; fièvre puerpérale à vingt ans, après la naissance du deuxième enfant.

Crise de rhumatisme articulaire aigüe à trente ans; depuis, la malade a eu de nouvelles crises à plusieurs reprises.

Examen de la malade, le 7 novembre: Facies pâle, muqueuses labiale et conjonctivale décolorées; la langue est rose, humide; le pouls, petit, irrégulier, bat à 80; pas de fièvre.

Actuellement, trois faits dominant les autres :

a) *Un point de côté* marqué surtout aux deux bases, avec, en

arrière, sensation de barre transversale particulièrement vive dans les inspirations profondes.

b) Une pesanteur dans la région épigastrique donnant à la malade l'impression « qu'elle a une tumeur ».

c) Enfin, dans la région précordiale, une douleur assez aigüe, continue, avec paroxysme à l'occasion des inspirations profondes.

L'histoire de la maladie et les signes fonctionnels ci-dessus mentionnés attirent notre attention sur l'appareil respiratoire.

Appareil respiratoire. — Ni toux, ni expectoration. En avant : thorax amaigri, assez étroit, avec voussûre marquée surtout à la partie moyenne du sternum.

La respiration est du type costal supérieur ; l'expansion égale des deux côtés ; on note un léger tirage sus-sternal et sus-claviculaire avec léger gonflement de la jugulaire du côté droit, et action des muscles inspireurs accessoires, en particulier du sterno-cléido-mastoïdien dans sa portion sternale.

Pas de circulation collatérale. Pas de battement des ailes du nez.

Palpation. — Non douloureuse ; vibrations perçues nettement des deux côtés.

Percussion. — Diminution nette de la sonorité, marqué :

a) Au sommet droit, à partir du deuxième espace intercostal et descendant jusqu'au mamelon.

b) Au niveau de l'espace de Traube.

Auscultation. — Murmure vésiculaire légèrement altéré. La respiration est rude, soufflante, l'inspiration prolongée, surtout dans les régions de sub-matité précitées.

Au niveau de l'espace de Traube s'entend un souffle assez rude, en « A ».

En arrière. — Expansion thoracique diminuée, surtout dans la région des deux bases, où l'on note dans l'inspiration un retrait très net de la paroi, des deux côtés.

Vibrations égales et conservées jusqu'au niveau de l'angle de l'omoplate, abolies en-dessous.

À la percussion, matité très nette, remontant de la base à

l'angle de l'omoplate de chaque côté, et s'étendant dans la région axillaire sans courbe spéciale.

Auscultation : Aux deux sommets : Type de respiration puérile. A la droite: obscurité respiratoire avec souffle léger à la limite de l'obscurité et quelques râles et frottements survenant après la toux.

A gauche, souffle de teinte rude, en « A » surtout inspiratoire, marqué au niveau du 1/3 supérieur. A la base, mêmes signes que du côté opposé.

Ægophonie et pectoriloquie aphone positives des deux côtés.

Signe de Despine descendant jusqu'à la 10^e dorsale environ.

Signe du sou négatif.

Appareil circulatoire. — Cœur. : Battements transmis à la paroi thoracique antérieure gagnant dans la région de l'épigastre, avec une intensité exagérée.

La pointe bat dans le 5^e espace, en dessous et très légèrement en dedans du mamelon, à 6 cm. du bord gauche du sternum. En appliquant la main sur la région précordiale, on obtient une sensation rappelant vaguement le frémissement cataire.

La percussion révèle une *dilatation du cœur droit*.

A l'auscultation : les bruits sont amoindris; le rythme est rapide avant la systole, couvrant cette dernière, se propageant dans l'aisselle et dont l'intensité va en diminuant.

Vaisseaux : Pouls petit, irrégulier, 80. Cette irrégularité se manifeste d'ailleurs très nettement avec l'oscillomètre du Professeur Pachon, qui donne comme chiffres de tension : Mx, 17; Mn, 10, 1, 1,5.

Les artères ne sont pas dures. Il n'y a pas de cyanose des extrémités. On ne sent pas battre l'aorte dans le creux sus-sternal. On ne note pas de troubles vaso-moteurs.

Appareil digestif. — Langue humide, rose, bonne dentition.

Estomac dilaté, ptosé. Signe de la sangle de Glenard, positif ; pas de clapottage.

Foie : Descend jusqu'à 20 cm. au-dessous des fausses côtes.

A la palpation on perçoit : 1^o le bord inférieur du foie ; 2^o une tumeur siégeant dans l'hypochondre droit, empiétant dans la ré-

gion ombilicale, descendant dans la fosse iliaque à peu près jusqu'à la crête et dont les contours rappellent vaguement une grosse poire ; le grand axe de cette tumeur est oblique de haut en bas et de dehors en dedans. La palpation donne une consistance rémittente et cette palpation ne permet pas de séparer la tumeur du foie. D'ailleurs, cette tumeur suit les mouvements respiratoires, s'élevant dans l'inspiration. La percussion de la tumeur a semblé révéler une légère submatité, sauf dans sa portion la plus externe où l'on trouve de la sonorité.

Aucun contact par le toucher vaginal.

Appareil urinaire. — La malade ne souffre pas de ses reins ; il n'y a pas de sensation de pesanteur lombaire.

Les urines sont rares ; leur élimination est régulière, sauf toutefois pour le fait précité, où une débâcle urinaire avait coïncidé avec une diminution de la tumeur.

L'examen cyto-bactériologique donne les résultats suivants :

« A l'examen du culot de centrifugation on trouve des hématies et de nombreux microbes (Cocci Gram positif, en amas et en chaînettes). Pas de pus. Pas de B. K. »

Pas de troubles particuliers du côté des autres appareils.

L'examen du sang a été fait par M. le Professeur agrégé Bonnin :

« Sang présentant comme particularités :

» 1° Des hématies granuleuses plus abondantes que normalement ;

» 2° Une polynucléose sans hyperleucocytose bien marquée ;

» 3° une faible valeur nucléaire (2.28) en rapport avec la polynucléose ;

» 4° Pas d'éosinophilie.

» Réaction de Weinberg : négative.

Radiographie. — Apparence de tumeur rapportée au rein, occupant tout le côté droit de l'abdomen, partie en dessus et partie et dessous du détroit supérieur.

La malade meurt subitement, consécutivement à une quinte de toux. Arrêt du cœur en diastole.

Cette malade avait d'abord été présentée comme porteur d'une

hydronéphrose droite, assez volumineuse, et l'examen tant objectif que fonctionnel tendait à faire accréditer cette opinion. La crise d'asystolie survenue au cours de son observation, aurait encore pu être prise pour une poussée d'asystolie d'origine rénale.

Mais l'observation détaillée de la malade est venue apporter quelques précisions dans la chronologie des faits et dans leur relation réciproque.

Par l'analyse, nous voyons que c'est une congestion pulmonaire qui a ouvert la scène, congestion double suivie d'une rechute avec épanchement double et phénomènes gastriques.

Trois mois seulement après le début de la maladie apparaît la tumeur avec la sensation de pesanteur qu'elle entraîne; les caractères de cette tumeur « rénittente, régulière, donnant la sensation de contact lombaire » sont exactement ceux de l'hydronéphrose typique. Une crise d'asystolie se déclare, avec des phénomènes cardiaques et pulmonaires; la tumeur persiste toujours; à un certain moment, toutefois, on assiste à sa régression coïncidant avec une débâcle urinaire, et il est alors permis de penser à une forme intermittente de l'hydronéphrose.

Un point attire particulièrement l'attention dans les antécédents de la malade; c'est une crise de rhumatisme articulaire aigu, à 30 ans, avec de nombreuses rechutes. Aussi se reporte-t-on à l'examen du cœur pour connaître les lésions qu'a pu y déterminer cette maladie: on trouve un souffle rude à la pointe, se propageant dans l'aisselle, souffle d'insuffisance mitrale. L'appareil respiratoire se révèle encombré dans les deux bases, avec des signes d'auscultation nettement perceptibles; on entend dans les deux bases, des frottements, séquelle d'une pleurésie antérieure, des râles et enfin un gros souffle en A, à la limite supérieure d'une zone de submatité comprenant les deux tiers du poumon.

Le foie est gros, congestionné, douloureux.

M. le Professeur Cassaët porte le diagnostic d'*asystolie cardiaque* avec retentissement sur le cœur droit; asystolie par dilatation aiguë de la mitrale, lésion attribuable aux atteintes répétées de rhumatisme articulaire aigu.

Quelle est alors cette tumeur, rémittente, mobile, suivant les mouvements du diaphragme, aspirée dans le thorax dans l'inspiration ?

M. le Professeur Cassaët en donne l'explication :

Le foie de la malade, congestionné, foie asystolique, douloureux, débordant les fausses côtes de deux travers de doigt, est pour une grande part dans la perception de cette tumeur. Mais il n'explique pas le contact lombaire, et la situation basse de la tumeur que la présence d'une ectopie rénale expliquerait parfaitement; aussi conclut-il à l'existence d'un rein mobile. Mais ce rein n'est pas hydronéphrotique. Le cathétrisme urétéral accuse un rythme d'évacuation analogue et normal dans les deux reins. L'analyse chimique de l'urine est comparable des deux côtés.

Ces conclusions entraînent un pronostic différent de celui qui serait posé dans le cas d'hydronéphrose. La malade n'est pas justiciable d'une intervention chirurgicale, mais d'un traitement médical approprié : le traitement de l'asystolie.

La mort de la malade, mort subite survenue dans une forte quinte de toux, nous a permis de contrôler *de visu* les lésions dont elle était porteur. Les lésions observées sont en parfait accord avec les données de la clinique.

Autopsie. — *Rein droit* : Poids, 230 gr. D. 15 cm. $5 \times 10,5$.

Kyste (grosueur d'une noix) sur la face antérieure.

Le rein est congestionné; la capsule s'enlève très bien.

Rein gauche : Poids, 230 gr. D. $15,5 \times 10$.

Rate normale.

Foie : 1.650 gr. Lobe droit hypertrophié. Rien à l'aspect extérieur. A la coupe, foie fibreux, criant sous le couteau.

Cœur : Oreillette gauche très dilatée. Ventricule gauche très dilaté. Reliquat d'endocardite généralisée. Petite valve de la tricuspide, complètement disparue.

Poumons œdémateux.

Examen anatomo-pathologique : Capsule épaissie, exsudat glomérulaire congestif, intense; sclérose péri-vasculaire d'un haut degré avec lymphocytose marquée dans les foyers de sclérose; glomérules en pains à cacheter. Dans des travées fibreuses, semis de

lymphoctes, cylindres colloïdes assez nombreux ; énormes lésions des épithéliums.

En résumé : Pas de traces d'hydronéphrose comme il avait été supposé, mais déplacement du rein droit par congestion rénale (rein cyanotique) ; congestion hépatique par maladie mitrale. D'où il résulte, comme déjà affirmé avant la nécropsie, que le rein cyanotique ectopié peut simuler l'hydronéphrose : parce qu'il fait tumeur ; parce qu'il provoque (changement d'attitude, amélioration de l'activité cardiaque, évacuation intermittente) des alternatives d'anurie partielle et de polyurie compensatrice, ressemblant à des décharges intermittentes d'urine, telles qu'on les observe dans les hydronéphroses intermittentes.

De cette observation, nous rapprocherons un cas publié par le Professeur Weil, pour mettre une fois de plus en évidence les rapports étroits qui existent entre les lésions rénales et cardiaques.

OBSERVATION XLII

(WEIL, *Lyon Médical*, 1880.)

Hydronéphrose. Hypertrophie du ventricule gauche.

H..., 45 ans. Sans antécédents. L'affection paraît avoir débuté deux mois avant l'entrée à l'hôpital par de l'oppression, un œdème palpébral et malléolaire très visible. En même temps, les mictions devinrent difficiles : pollakiurie.

Le malade est en état d'anasarque avec anurie complète. Le cathétérisme urétral pratiqué à l'entrée du malade, donne issue à un litre de liquide clair, albumineux. Dyspnée très vive. L'auscultation révèle des râles aux deux bases. Au cœur : impulsion très vive du choc avec ébranlement de toute la paroi ; pointe dans le 6^e espace. La matité précordiale est très élargie, et l'on perçoit à l'auscultation un bruit de galop net. Le poulx est dur et rapide. L'œdème et l'oppression s'accroissent les jours suivants ; la quantité d'urine n'est que de 500 gr. par jour avec des flots d'albumine et 5 gr. d'urée. La fièvre s'élève à 40° et le malade meurt.

Autopsie. — On trouve une collection purulente au devant du sacrum; à ce niveau les deux urétéres sont englobés dans la paroi de la poche. Au dessus, ces deux conduits sont dilatés et l'on peut apercevoir une *énorme hydronéphrose du rein gauche*.

Le cœur est énorme, pèse 480 gr. *Hypertrophie notable du ventricule gauche*: l'orifice aortique avait 7 cm. 1/2 de circonférence.

A l'inverse de l'observation précédente, nous avons un exemple de retentissement cardiaque des lésions rénales. Ce qui frappa surtout les observateurs, ce fut la diminution évidente de la sécrétion urinaire et le défaut d'élimination des toxines. L'altération rénale avait déterminé une dyscrasie surtout cardiaque qui ne peut être attribuée qu'à la suppression des fonctions rénales.



CONCLUSIONS

I. — La tumeur hydronéphrotique peut revêtir le masque d'un grand nombre d'affections abdominales; il est des cas où cette affection se dissimule totalement voilée par la présence d'une maladie intercurrente, ou d'une complication qui détourne l'attention du clinicien.

II. — Les procédés cliniques d'observation gardent toute leur valeur pour l'interprétation des faits; en présence d'une tumeur vague de la région abdominale, on devra songer à l'hydronéphrose.

III. — Pour confirmer ce diagnostic, il est un moyen d'exploration de grande valeur auquel on pourrait avoir recours dans le cas douteux; c'est la pyélographie jointe au cathétérisme urétéral. Elle est surtout un moyen de contrôle que l'on ne saurait d'ailleurs utiliser dans la pratique courante, en raison de la difficulté qu'elle présente et des dangers auxquels elle peut exposer le malade.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président :

CASSAET.

VU :

Le Doyen :

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 2 avril 1924.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMS (C.). — *Ann. Surg. Philadelphie*, 1906 : Hydronéphrose et Appendicite.
- ALBARRAN. — *Traité de chirurgie; Ann. des Mal. des voies gén. ur.*, 1896; *Semaine Médicale*, Paris, 1894.
- Archives d'Urologie de la Clinique Necker.*
- ARNOULT (Ed.). — Thèse Paris, 1891 : Contribution à l'étude de l'hydronéphrose.
- BARROS BORCONO. — Thèse 1900 : Siège régional des tumeurs.
- BAZY. — *Encyclopédie française d'urologie*, t. III; *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 1902.
- BERARD. — Société de chirurgie de Lyon, 1901.
- BERUMEYER. — Thèse Strasbourg, 1901 : Diagnostic des tumeurs rénales.
- BILLROTH. . . *Med. Times et Gaz. Londres*, 1885 : Sur le diagnostic différentiel de l'hydronéphrose et du kyste de l'ovaire.
- BORCK. — Saint-Louis, 1883 : Diagnostic des tumeurs de l'ovaire.
- BRODEUR. — *Maladies des reins*, 1886.
- BROSSMAN (Hans). — Jagenōdorf, *Zent, f. Chir.*, 1922.
- BUCHANAM. — *Glasgow Medical Journal*, 1894.
- CARR (G.-W.). — *Boston Med. et S. J.*, 1883 : Tumeur abdominale de nature obscure.
- CHATON. — Société française d'Urologie, 1921.
- COATS (J.). — *Glasgow Medical Journal*, 1883 et 1891.
- CURTIN. — Philadelphie, 1880 : Tumeur abdominale simulant un kyste de l'ovaire.
- DESCHAMBRES. — Dictionnaire des Sciences médicales.

- DE LAMER (Paul). — Thèse Paris, 1880 : Kystes du rein.
- DELORE et AIGROT. — Société des Sciences médicales, 1920.
- DICKSON (J. S.). — *Pittsbourg Chir. J.*, 1880 : Tumeurs de l'ovaire (diagnostic).
- DUVAL et GRÉGOIRE. — X^e session de l'Association française d'urologie, 1906.
- DURAND. — *Lyon Médical*, 1906.
- ECKEHOM (G.). — *Ann. des Mal. des voies gén. ur.*, 1908.
- FELDMAN. — Thèse Kiel, 1902 : Sur l'hydronéphrose.
- GALLIARD (L.). — *Progrès Médical*, 1880 : Hydronéphrose.
- GARRIGUES (H.-J.). — Thèse New-York, 1882 : Diagnostic des kystes de l'ovaire.
- GAUCHET. — *Union Médicale*, 1859.
- GAUTHIER et STÉFANI. — *Lyon Médical*, 1909.
- GLASSMANN (A.-M.). — *Ann. of. Surg.*, 1922.
- GORSE et LEVRAT. — *Toulouse Médical*, 1909.
- GRÉGOIRE et DUVAL. — *Gaz. des Hôp. de Paris*, 1906 : Pathogénie et traitement de l'hydronéphrose.
- GUYON. — *Maladies des voies urinaires*, t. I, II, III.
- HANOT. — *Bulletin Médical*, 1859.
- HEITZ-BOYER. — *Journal médical français*, 1922.
- HUE (F.). — *Normandie Médicale*, 1901 : Hydronéphrose volumineuse.
- IMBERT. — Thèse Montpellier, 1898 : Cathétérisme des urétéres.
- JEANNEL et MOREL. — *Ann. des Mal. des voies gén. ur.*, 1907.
- JELIU. — Thèse Paris, 1919-20 : Hydronéphrose ou appendicite. *Journal d'Urologie*.
- LABADIE-LAGRAVE. — *Urologie clinique des maladies des reins*, 1888.
- LANCEREAUX. — *Gazette des Hôpitaux de Paris*, 1882 : Quelques cas d'hydronéphrose.
- LE DENTU et DELBET. — *Ann. des Mal. des voies gén. ur.*, 1901.
- LOEPER. — *Leçons de pathologie digestive*.
- LEGUEU. — *Clinique de Necker; Bull. et Mém. de la Société de chirurgie de Paris*, 1904 : Hydronéphrose.
- LERICHE et ARNAUD. — *Lyon Médical*, 1908.
- MADER. — Berlin 1883 : Hydronéphrose consécutive à un carcinome utérin.

- MAIRE. — Thèse de Lyon, 1909-1910.
- MARION. — Traité de chirurgie urinaire.
- MAUNY. — X^e Congrès de chirurgie, Paris, 1896.
- NAVARRO. — Thèse Paris, 1894 : Contribution à l'étude de l'hydronéphrose.
- ORAISSON. — in-Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux.
- PAPIN. — Manuel de cystoscopie.
- PARKER. — *Philadelphie Med. Times*, 1882-83 : Diagnostic des tumeurs abdominales.
- PEAN. — Paris, 1885 : Diagnostic des tumeur de l'abdomen et du bassin.
- PEHU. — *Lyon Médical*, 1907 : Hydronéphrose congénitale chez un enfant.
- PERRUCHE. — Thèse Montpellier, 1908.
- PIC et MOURIQUANT. — *Lyon Médical*, 1906.
- POUSSON. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1900.
- PQZZI. — Traité de gynécologie.
- RAFIN. — *Ann. des Mal. des voies ur.*, 1909.
- RATHERY. — Maladies des reins.
- ROCHET et DARGET. — *Presse Médicale* 1923.
- ROCHER et DARGET. — *Presse Médicale* 1923.
- ROSENBERGER. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1880 : Hydronéphrose mit Ovariencyst.
- SCHAAD. . . *Ann. des Mal. des voies gén. ur.*, 1908.
- SCHUHCHAARDT. — *Zentrablatt f. Gynaekologie*, Leipzig, 1879 :
Zur Diagnos grosser Ovarientumoren.
- TAYLOR (E.-H.). — *British Medical Journal*, 1908.
- TUFFIER. — *Presse Médicale*, 1904.
- WECKES — *Boston Méd. et S. J.*, 1887.
- WEIL. — *Lyon Médical*, 1884.
- WRIGHT (G.). — *Med. Chron. Manchester*, 1892-93.
-

